

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 9 Janvier 1895, à 1 heure

Par ELIHU CRESPIEN

Né à Vézénobres (Gard), le 30 septembre 1867.

DE L'ÉVOLUTION LENTE
DU CANCER DU GROS INTESTIN
(COLON, S ILIAQUE, RECTUM)
ET DE SON TRAITEMENT

Président : M. TILLAUX, professeur.

*Juges : MM. { MARCHAND, professeur.
JALAGUIER et TUFFIER, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE
15, Rue Racine, 15

1895

94

94

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 9 Janvier 1895, à 1 heure

Par ELIHU CRESPIN

Né à Vézénobres (Gard), le 30 septembre 1867.

DE L'ÉVOLUTION LENTE

DU CANCER DU GROS INTESTIN

(COLON, S ILIAQUE, RECTUM)

ET DE SON TRAITEMENT

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. { MARCHAND, professeur.
JALAGUIER et TUFFIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	BROUARDEL.
Professeurs.....		MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....		DEBOVE.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....		TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.....		POUCHET.
Hygiène.....		LANDOUZY.
Médecine légale.....		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....		LABOULBÈNE.
		STRAUS.
		SEE (G.)
Clinique médicale.....		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....		DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....		LE DENTU.
		TILLAUX.
		BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	RICARD.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	ROGER.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	SEBILLEAU.
BRISAUD.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomi-	VILLEJEAN
CHARRIN.	LEJARS.	ques.	WEISS.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUENU.	
DEJERINE.	MARFAN.	REITTERER.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

A MES SŒURS.

A MONSIEUR EMILE ESPÉRANDIEU.

Maire d'Alais (Gard),
Officier d'Académie.

A MADAME ESPÉRANDIEU.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX,

Chirurgien de l'Hôpital de la Charité,

Professeur de Clinique chirurgicale,

Membre de l'Académie de Médecine,

Officier de la Légion d'honneur.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

DE PARIS.



INTRODUCTION



Nous avons pour but, en étudiant ce sujet, de montrer que le cancer du gros intestin (côlon, S iliaque et rectum), abstraction faite du cœcum, évolue le plus souvent d'une façon lente ; qu'il ne porte atteinte, dans beaucoup de cas, à la santé des malades, que par le rétrécissement intestinal qu'il détermine.

Nous nous appuierons, pour prouver ce que nous avançons, sur des preuves anatomo-pathologiques et sur des preuves cliniques.

Nous avons voulu encore, en faisant le parallèle entre les différentes opérations entreprises pour guérir les malades atteints de cancer, montrer que mieux vaut une opération palliative, destinée à remédier au rétrécissement, qu'une opération radicale ayant pour but d'enlever la tumeur.

Nous espérons démontrer ces propositions en comparant les statistiques relatives les unes aux opérations palliatives, les autres aux opérations dites radicales.





CANCER DU COLON ET DE L'S ILIAQUE



Le cancer du gros intestin, comme l'avait déjà vu Robin et comme l'ont montré Cornil et Ranvier, est un épithélioma cylindrique. Nous n'en ferons pas ici l'étude histologique ; nous étudierons seulement son aspect macroscopique et son retentissement sur les organes voisins.

Le cancer du gros intestin a pour siège de prédilection l'angle des côlons ascendant et transverse, le côlon transverse et l'angle que fait celui-ci avec le côlon descendant. Il est bien plus fréquent encore au niveau de l'S iliaque.

Presque toujours le cancer affecte une forme annulaire ou cylindrique et la masse rigide rétrécit de plus en plus le calibre de l'intestin.

Hausmann a relevé cette disposition dans la plu-

part des cas, nous l'avons constatée nous-même dans plusieurs observations.

Rarement il apparaît sous forme de noyaux disséminés.

Soit cinq fois sur 188 cas (Haussmann).

D'autres fois il n'y a qu'un seul noyau produisant une diminution latérale du calibre intestinal (13 faits, Haussmann); nous n'avons observé aucun cas de ce genre.

Aspect de l'intestin vu par sa face interne.

Le plus souvent, à la face interne de l'intestin on voit, soit des végétations papilliformes d'un gris rougeâtre, variables de longueur, terminées en pointes ou renflées en massue, soit un nombre plus ou moins grand de saillies nummulaires entourées des végétations précédentes ou implantées, au contraire, sur une muqueuse plus ou moins saine.

Ces saillies présentent une coloration plus blanche au centre, plus rouge à la périphérie, elles sont superficiellement lobulées et recouvertes de prolongements papilliformes ayant chacun une anse vasculaire à son centre.

Tantôt ces bourgeons ne présentent à leur surface libre aucune ulcération, tantôt au contraire, ils sont plus ou moins détruits et ulcérés.

Aspect de l'intestin vu par sa face externe.

L'aspect de la face externe ou péritonéale varie considérablement suivant que toutes les tuniques ou une partie seulement d'entre elles ont été envahies. Dans la plupart des cas, la tunique séreuse ne présente pas la moindre altération cancéreuse.

Dans ces cas, la partie envahie peut n'être pas reconnue à la vue. C'est ainsi (Th. Haussmann) que dans un cancer du colon ascendant, diagnostiqué par M. Duplay, la portion altérée de l'intestin ne faisait pour ainsi dire aucune saillie à l'extérieur et ne présentait aucune adhérence anormale avec les organes du voisinage. Ce fait se retrouve dans de nombreuses observations.

Assez rarement, la face externe péritonéale, respectée par la néoplasie dans la plus grande partie de son étendue, présente des points de coloration plus ou moins foncée, indiquant que le péritoine commence à être envahi par le cancer, et qu'une perforation se prépare.

Au toucher. — La face externe d'un épithélioma intestinal présente une consistance ordinairement dure qui permet de le reconnaître facilement.

Comme le fait remarquer Haussmann, cette dureté de la face externe contraste avec la mollesse que l'on constate le plus habituellement à la face interne. C'est

qu'en effet, du côté de la paroi externe de la tumeur, c'est la formation néo-conjonctive qui l'emporte ; ce sont ces cellules conjonctives qui s'organisent pour limiter, arrêter dans sa marche le cancer, et donnent par suite lieu au squirrhe avec son tissu blanchâtre, dur, criant sous le scalpel. Mais si l'épithélioma a évolué très vite, a envahi rapidement toutes les parois intestinales, la tumeur peut être plus molle ; quoique, nous le répétons, ces cas soient très rares.

L'épaisseur des parois d'un épithélium intestinal est très variable. Elle peut atteindre jusqu'à 4 ou 5 centimètres dans telle humeur et ne pas dépasser dans telle autre 4, 3 et même 2 millimètres. L'épaisseur peut varier sur tel ou tel point de la tumeur. Le résultat de cet épaissement des parois intestinales est naturellement de produire le rétrécissement de son calibre. Tantôt il admet encore l'extrémité de l'index, du petit doigt, tantôt il ne laisse plus passer qu'une plume d'oie, un stylet.

Il est encore un fait que nous devons signaler, c'est la rareté relativement considérable d'extension aux organes voisins et à la peau, et surtout l'intégrité presque constante des ganglions abdominaux.

Des lésions dues au rétrécissement cancéreux.

L'obstacle constitué par le cancer au cours des matières, détermine naturellement une distension de l'in-

testin, en avant de lui. Cette distension qui résulte à la fois de la stagnation des matières et du dégagement considérable de gaz qu'elle provoque, remonte plus ou moins haut à partir du siège du rétrécissement. Le volume de l'intestin peut devenir énorme, on a vu le côlon transverse recouvrir à lui seul tout le reste du paquet intestinal ; cette dilatation se fait du reste lentement.

La distension de l'intestin au dessus du rétrécissement s'accompagne constamment d'un épaississement de ses parois, d'autant plus considérable que le rétrécissement est plus ancien. Cet épaississement porte sur le tissu cellulaire sous-péritonéal et surtout sur la couche musculaire de l'intestin, ce qui se comprend facilement, le muscle intestinal ayant un plus grand effort à faire pour expulser les matières fécales.

Au dessous du rétrécissement, le calibre est naturellement diminué. Le séjour des matières fécales au dessus amène peu à peu l'inflammation de la muqueuse allant depuis la simple congestion jusqu'à la gangrène.

L'ulcération est surtout fréquente, tantôt bornée seulement à la muqueuse, elle peut détruire peu à peu les différentes tuniques de l'intestin et donner lieu par suite à des perforations intestinales avec toutes leurs conséquences. Dans certains cas heureux, la péritonite s'enkyste et finit par s'ouvrir à la peau comme nous avons pu en rassembler certains exemples.

**Observations de cancer du côlon de l'S iliaque avec
ouverture à la paroi abdominale.**

I. — LACAZE-DUTHIERS, 1847. *Soc. anat.*, p. 192.

Cancer avec perforation.

Cancer du côlon descendant chez une femme de 70 ans.

L'oblitération du conduit intestinal avait amené une perforation des parois du côlon et un épanchement de matières stercorales dans la fosse iliaque correspondante.

II. — BERNE ET BELLIER, 1881. *Soc. anat.*

Abcès de la paroi abdominale, consécutif à un cancer du côlon. Mort par péritonite.

III. — MOISSENET, 1837.

Cancer du côlon chez une femme habituellement constipée. Il se produisit un abcès communiquant avec le colon. Au dessous du cancer, le côlon descendant très rétréci, ne contenait aucune matière ; au-dessus il était très dilaté et contenait une grande quantité de matières.

IV. — GOGUÉ, 1844. *Bul. Soc. anat.*, p. 207.

Présente à la Société anatomique, les pièces provenant d'une femme morte à la Salpêtrière, à la suite d'un cancer du côlon transverse.

Il s'était formé un abcès stercoral qui s'était ouvert sous l'arcade de Fallope.

Le tissu concréreux occupe la plus grande partie de la moitié droite de l'arc du côlon, l'envahit dans toute sa circonférence,

le calibre de l'intestin est diminué au point d'admettre à peine une plume d'oie.

Toutes les tuniques paraissent confondues. La tumeur est formée d'un tissu blanchâtre, dur, criant sous le scalpel, difficile à couper. L'état de la malade à son entrée était satisfaisant, elle se croyait enceinte depuis deux mois, elle éprouvait quelques douleurs abdominales qu'elle attribuait à sa grossesse.

A l'examen, aucune tumeur abdominale n'est aperçue.

Diagnostic (N. Mitinié). *Lypémanie avec hallucinations internes.*

Quinze mois après, apparition de quelques troubles digestifs. Deux ans après, péritonite. Mort.

L'auteur fait remarquer :

1° Qu'une affection cancéreuse peut exister dans l'économie, même à un degré très avancé et depuis longtemps, sans donner lieu à aucun symptôme de cachexie. L'état général était bon.

2° Que la constipation opiniâtre, le météorisme, la présence d'une tumeur peuvent manquer même avec des rétrécissements très intenses.

Avec un tel rétrécissement on a peine à comprendre comment la malade digérait ses aliments et allait à la garde-robe. Peut-être, dit-il, serait-ce ici le cas de recourir à l'explication ingénieuse de M. Cruveilhier qui pense qu'alors les matières fécales se fractionnent et se délayent.

Que retenir de cet exposé ?

1° Que l'évolution du cancer est lente ;

2° Que son extension aux organes voisins est assez rare.

SYMPTOMES

Dans une courte étude des symptômes nous montrons que le cancer porte peu atteinte à la santé générale du sujet et qu'il y a surtout des phénomènes de rétrécissement.

Ce sont, en effet, des symptômes d'occlusion chronique que nous aurons à constater. Il est difficile d'en préciser le début. Depuis quelque temps le malade se plaint de troubles digestifs mal définis ; ses digestions sont lentes, son ventre se ballonne, il est habituellement constipé. Cette constipation peut durer plusieurs jours, puis se produit une débâcle survenant seule ou à la suite d'une purgation.

L'aspect général du sujet, au moins pendant longtemps, est bon. Peu à peu, les débâcles se font à des périodes de plus en plus longues et finalement l'occlusion avec arrêt complet des matières et des gaz est constituée.

A ce moment la douleur est ordinairement peu marquée, parfois cependant au niveau d'un des angles du côlon ou de l'S iliaque, il y a de la sensibilité à la pression. Les vomissements sont rares, ils ne surviennent qu'à de longs intervalles et ne prennent le caractère fécaloïde que fort tard. Les symptômes généraux peuvent manquer pendant toute la durée de l'occlusion et n'apparaître que comme phénomènes ultimes.

En somme, comme le fait remarquer M. Jalaguier, la forme chronique de cette occlusion intestinale est

caractérisée par la succession de deux ordres d'accidents : des symptômes de diminution progressive du calibre de l'intestin et des symptômes d'arrêt complet des matières.

Dans d'autres cas, on peut voir survenir des phénomènes d'occlusion suraiguë, se produisant soit sans cause, soit à la suite de l'arrêt d'un corps étranger dans le rétrécissement.

Hausmann en cite *six* faits.

Dans un cas il s'agissait de deux noyaux de prune ; dans le second, d'un os d'oiseau ; dans le troisième de l'enveloppe d'une groseille ; dans le quatrième, de deux pièces de monnaie ; dans le cinquième, d'un corps présentant le volume et l'aspect d'un grain de poivre. Le sixième cas qu'il cite est dû à Chomel ; nous le citons pour montrer combien peu le cancer du gros intestin retentit sur l'état général.

V. — « Nous nous rappelons, dit cet auteur avoir recueilli, dans le service de Louis, l'observation complète et détaillée d'une malade qui succomba en trente-six heures à des symptômes violents d'étranglement interne.

La femme jouissait de la meilleure santé, quand ces symptômes se déclarèrent subitement. Elle était d'un remarquable embonpoint et n'éprouvait d'autre incommodité qu'une constipation habituelle.

A l'autopsie, rétrécissement organique, admettant exactement une plume à écrire. Ce rétrécissement était oblitéré par une pellicule cartilagineuse comme celle qui tapisse les loges dans lesquelles sont contenus les pépins de la poire. »

Les autres observations sont dues :

- VI. — 1. BRISTOWE. *Transac. of path., Soc.*, 1872, p. 124.
VII. — 2. AMUSSAT.
VIII. — 3. HUMPHREYS. *Associat. med., Journ.*, 1856, p. 997.
IX. — 4. NORTON. *Lancet*, 1880, t. II, p. 966.
X. — 5. VIEY. *Lancet*, 1875, t. I, p. 50.

Nous avons nous-même en compulsant les observations de cancer, trouvé deux cas de ce genre.

XI. — *Cancer du côlon ascendant. Obstruction intestinale complétée par un corps étranger de l'intestin (noyau de pruneau). Entérotomie. Mort. Autopsie*, par Edgard Chevalier, interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté.

La nommée V... Adèle, 38 ans, journalière, entre le 12 décembre 1887, au soir, salle Broca, service de M. le professeur Ball, à Laënnec.

Elle présente des troubles intestinaux.

Les antécédents héréditaires sont négatifs.

Comme antécédents personnels, la malade est constipée depuis longtemps, elle a surtout depuis deux ans du dégoût pour la viande, et elle a maigri. L'amaigrissement et la constipation se sont accentués depuis le mois d'août 1887.

Depuis cette époque, la malade a présenté des vomissements, qui à trois ou quatre reprises ont eu l'aspect de marc de café. Jamais il n'y a eu de selles sanglantes.

Depuis le dimanche 10 décembre, la constipation est absolue même pour les gaz, les vomissements ont pris

rapidement le caractère des vomissements fécaloïdes ; dans la soirée du lundi, l'état général s'est aggravé.

Etat actuel. — Vives douleurs dans l'abdomen.

Faciès hippocratique, constipation absolue même pour les gaz.

Vomissements incessants fécaloïdes.

Pouls petit, filiforme, fréquent.

Pas de température.

A l'examen du ventre, on ne trouve aucune trace de hernie.

On voit une saillie du ventre dans sa portion moyenne, saillie maxima au niveau de l'ombilic ; la palpation y est douloureuse, la percussion y donne de la sonorité.

Pas de tuméfaction dans les flancs ; on constate que le flanc gauche est mat et qu'il y a une légère sonorité dans le flanc droit (sonorité due, on le verra plus loin, à une anse intestinale).

Une ligne de matité sépare la région stomacale de la région saillante et sonore que nous avons mentionnée au niveau de l'ombilic.

Le toucher rectal est négatif.

L'ensemble des symptômes nous fait porter le diagnostic d'obstruction intestinale, et l'absence de distension du côlon transverse avec la matité du flanc gauche, nous fait penser à un obstacle au niveau de l'origine du gros intestin, près de l'iléon.

De plus, les commémoratifs nous portent à diagnostiquer, mais avec réserve, un obstacle de nature cancéreuse.

M. Picqué, qui remplace M. Nicaise, étant appelé, trouve l'opération urgente, mais étant donné l'état général de la malade, état qui s'était rapidement aggravé, il se décide pour l'entérotomie.

On pratique l'anus contre nature dans la fosse iliaque droite.

On ne peut aborder le cœcum ; alors, M. Picqué prend la première anse intestinale qui se présente, et la suture à la peau.

Pendant l'opération, la malade a eu deux menaces de syncope, on la ranime avec des piqûres d'éther.

A la suite de l'opération, on obtient une abondante évacuation de matières intestinales, près de sept litres de matières liquides.

La malade est portée dans son lit, elle se ranime peu à peu, et dans la soirée se trouve mieux. Dans la nuit, vers 11 heures du soir, elle est prise d'une syncope et meurt.

Autopsie faite le 15 décembre, à 11 heures du matin.

Le ventre est affaissé, les anses intestinales se sont vidées ; on constate que l'anus artificiel a été pratiqué à vingt-cinq centimètres environ de la valvule iléo-cœcale sur la fin de l'iléon.

Pas de trace de péritonite.

On constate que le cœcum est très notablement dilaté, que le côlon descendant est affaissé, et d'un calibre inférieur à celui de l'intestin grêle ; le côlon transverse est affaissé aussi, et présente deux ou trois amas de matières fécales très dures, peu volumineux.

Le côlon ascendant en contient aussi quelques-uns.

A l'origine du côlon ascendant à 2 cent. 1/2 de la valvule iléo-cœcale, on trouve à la face interne une masse dure, saillante dans l'intestin, haute de 3 cent. 1/2 dans sa plus grande hauteur, et occupant presque toute la circonférence de l'intestin ; cette masse est de coloration gris ardoise tranchant sur le reste de l'intestin, nullement saillante à l'extérieur d'où on ne la constate que par son induration ; elle présente une surface dépolie, exubérante, aplatie avec des cryptes plus ou moins marquées.

Elle laissait un petit pertuis dans le canal intestinal, mais ce

pertuis était comblé par un noyau de pruneau de coloration noirâtre qui fermait l'intestin.

Au-dessus du point rétréci, le cœcum présentait une dilatation considérable, et contenait des matières liquides : de ce côté, la tumeur est limitée par un bord saillant ; presque horizontal, mais avec des irrégularités, des échancrures profondes.

L'examen histologique a été fait par M. Klippel : l'examen des produits enlevés par le raclage ne montre rien de spécifique.

Sur une coupe, on trouve en un point de la préparation, un nodule d'aspect cancéreux formé d'une agglomération de grosses cellules épithéliales polyédriques, pressées les unes contre les autres, disposées en îlots séparés par des travées conjonctives.

Cette coupe est faite sur un morceau pris à l'une des extrémités de la tumeur.

L'autopsie des autres organes n'a rien fourni.

XII. — *Cancer de l'angle splénique. Phénomènes d'occlusion intestinale due à l'arrêt d'un bouchon de liège dans le rétrécissement.*

La nommée B..., âgée de 45 ans, est entrée à l'hôpital Lariboisière pour obstruction intestinale. Depuis vingt jours cette femme n'a rendu ni gaz ni matières par l'anus.

Dans le service de M. le docteur Gouguenheim, des lavements lui ont été donnés sans succès. Elle est passée dans le service de M. le docteur Peyrot, salle Elisa Roy.

Cette femme souffre beaucoup ; elle n'a jamais eu de vomissements fécaloïdes.

Son ventre est volumineux, distendu par des gaz.

Des lavements électriques lui sont donnés, sans résultat. En présence de ces symptômes et de l'impuissance de la thérapeutique médicale, M. le docteur Bazy pratique la laparotomie exploratrice. Il trouve au niveau du côlon transverse et du côlon descendant, une portion de cet intestin, dure et rétrécie. En présence de ce rétrécissement probablement d'origine néoplasique, et pour ne pas prolonger l'opération par une manœuvre longue comme la résection de l'intestin, un anus coecal est pratiqué. Au cours de l'opération, les anses intestinales étaient tellement dilatées par les gaz, qu'elles mettaient obstacle à l'examen de la cavité abdominale, aussi M. Bazy fit une série de piqûres pour les éliminer, piqûres suivies immédiatement de sutures en bourse.

Malgré l'évacuation des matières par l'anus coecal, cette femme succomba au bout de vingt-quatre heures, vingt-cinq jours par conséquent après le début des accidents et, auparavant, jamais elle n'avait été malade; elle était forte et grosse et avait toutes les apparences d'une excellente santé. Comme beaucoup de femmes elle était constipée.

Tel était le seul symptôme qu'elle présentait.

Autopsie. — Le siège précis de l'obstacle se trouvait au niveau de l'angle du côlon transverse et du côlon descendant.

En examinant ce rétrécissement on remarque qu'il contient un corps étranger, représenté par un morceau de bouchon de liège.

Le calibre de l'intestin, à ce niveau, ne laisse même pas passer le petit doigt.

La muqueuse ne présente pas trace d'ulcération, de sorte que la cause de l'obstruction intestinale est évidemment ce corps étranger qui est venu oblitérer l'intestin rétréci à ce niveau.

Le cancer dans ce cas n'est pas la vraie cause de l'obstruction ; il n'a pas agi autrement qu'un rétrécissement cicatriciel, par exemple. Cette femme aurait encore pu vivre pendant longtemps sans ce corps étranger, qu'elle ne se rappelait pas d'ailleurs avoir avalé.

Examen histologique de la tumeur, par M. Pilliet. — La surface muqueuse de l'intestin est irrégulière.

Les villosités sont augmentées de volume, très épaissies. Les culs-de-sac glandulaires sont irréguliers et plongent dans le chorion jusqu'au niveau de la couche musculieuse.

Ces culs-de-sac qui pénètrent ainsi dans la profondeur sont dilatés. Les uns se présentent comme de petites ampoules, les autres ont un contour irrégulier et festonné, par suite d'un commencement de végétation de la paroi. Les cellules qui les tapissent sont cylindriques à la portion superficielle muqueuse. En plusieurs points, la couche musculaire elle-même est pénétrée et dissociée par les culs-de-sac, qui forment alors de vastes cavités remplies de prolongements vilieux, comblant à peu près ces cavités,

Ces nids d'épithélioma cylindrique franchissent la couche musculaire et se répandent dans le mésentère, où on les retrouve entourés d'épaisses travées fibreuses. Partout la tumeur présente les mêmes caractères, cavités kystiques à parois végétantes, tapissées par des cellules cylindriques

La surface de l'intestin présente des capillaires extrêmement congestionnés comblant les villosités.

Nous sommes donc là en présence d'un épithélioma cylindrique.

Je ne chercherai pas ici à établir le diagnostic du

cancer du gros intestin ; ce diagnostic est extrêmement difficile et dans la plupart des cas il n'avait pas été posé.





TRAITEMENT



Que faire en présence d'un cancer du gros intestin ?

1° Le chirurgien est appelé au moment d'une obstruction intestinale aiguë, avec phénomènes menaçant la vie du sujet, nous croyons que c'est à l'entérotomie qu'il faut avoir recours.

La gastrotomie, en effet, lorsque le siège de l'obstacle est mal connu, est une opération souvent longue, parce qu'il est difficile souvent, même lorsque le ventre est ouvert, de trouver le point où l'intestin est rétréci.

Quant au siège de l'incision, M. Tillaux le formule en ces termes :

« Incisez au niveau de la fosse iliaque droite, à quelques travers de doigts au dessus de l'arcade cru-

rale et ouvrez la première anse d'intestin qui se présente. « Si une anse d'intestin se présente saisissez cette anse intestinale, ne l'attirez pas au dehors, ne cherchez pas à la décoller et surtout ne l'ouvrez pas avant de l'avoir fixée à la paroi abdominale. » (Tillaux, p. 83).

2° Le chirurgien a-t-il à intervenir chez un malade présentant une résistance suffisante pour lui permettre de supporter une assez longue opération ?

Dans ce cas, il n'est pas douteux que c'est à la gastrotomie qu'il faut s'adresser.

Cette opération permettra de se rendre compte du siège, de la nature et de l'étendue de la lésion. Supposons-nous dans ce cas. Le ventre est ouvert, nous avons constaté un cancer du côlon ; quelle conduite allons-nous tenir ?

Théoriquement l'idéal serait si le cancer est bien limité, s'il n'a pas envahi les organes voisins de le réséquer dans toute son étendue et de suturer ensuite, bout à bout, les deux parties de l'intestin, en un mot pratiquer l'entérectomie suivie d'entérorraphie.

La première opération, en date, appartient à Reybard qui la pratiqua, le 2 mai 1833, avec succès. Mais l'opéré présentait des signes de récurrence six mois plus tard et succomba huit mois après l'opération. Exemple frappant, dit M. Bouilly (*Rev. chirurg.*, 1881, p. 51), d'un résultat opératoire nul ou à peu près.

Mais depuis Reybard, les opérations se sont multipliées, surtout à l'étranger, et nous verrons qu'il en est de même pour le cancer du rectum.

Les résultats les plus favorables de l'entérectomie suivie d'entérorraphie, sont dus à Czerny et Billroth, et cependant il y a une mortalité de 59 o/o, sans compter les récidives qui se font plus ou moins rapidement.

Aussi cette opération était-elle attaquée, en 1881, dans la *Revue de chirurgie*, par M. Bouilly, qui s'écriait : « S'il s'agit d'un cancer, allez-vous de gaieté de cœur, pour gagner huit mois de survie (Reybard), six mois et quelques jours (Czerny), achever un malade en quelques heures (Gussenbauer, Guyon). L'opération est trop grave pour l'incertitude et la médiocrité du résultat. »

Plus loin, il conseille l'anus contre nature : « Cette opération faite de bonne heure, comme le pratiquent nos voisins d'Angleterre, ne présente que peu de gravité et si elle laisse subsister jusqu'à la mort la triste infirmité d'un anus contre nature, elle n'entraîne pas la redoutable alternative de vaincre, pour peu de temps, ou de faire mourir de suite. »

Dans ces dernières années, on s'est demandé s'il n'était pas préférable de laisser la tumeur, mais de dériver le cours des matières fécales en créant l'aboutement de la portion d'intestin située au dessus du cancer, dans celle située au-dessous ; en un mot, de pratiquer l'*entéro-anastomose* dont l'idée, comme le fait remarquer M. Chaput (*Arch. générales de médecine*, 1891, p. 543), appartient à Maisonneuve.

Cette entéro-anastomose : 1° Entre deux anses du gros intestin, porte le nom de còlo-còlostomie ;

2° Entre l'S iliaque et le rectum, celui de côlo-rec-tostomie.

Cette opération ne donne que 25 o/o de mort. Résultats par conséquent supérieurs à ceux donnés par l'entérectomie suivie d'entérorraphie. Il est vrai qu'on laisse la tumeur; mais nous avons vu que le propre de ces cancers du gros intestin est, si j'ose m'exprimer ainsi, d'être peu malins et d'agir surtout par obstacle mécanique.

Je me contenterai d'indiquer ici, sans les décrire, les procédés que M. Chaput réduit à trois principaux :

- 1° Le procédé de la suture (Maisonneuve, Wölfer);
- 2° Le procédé des plaques osseuses (Senn);
- 3° Le procédé de la pince (Casamayor, Laugier, Chaput).

Cette entéro-anastomose peut être pratiquée en un temps, ce qui est bien périlleux si on agit quand le malade présente des phénomènes d'occlusion. Dans ce cas, M. Chaput conseille l'opération en deux temps :

1^{er} temps. — On ferait l'anus contre nature en prenant la précaution de fixer une anse du bout inférieur à côté du bout supérieur qu'on ouvre.

2^e temps. — On ferait l'application de l'entérotome et l'oblitération de l'orifice.

Mais si les symptômes sont nuls et peu accentués, il conseille de pratiquer l'entéro-anastomose en un temps.

Il cite à ce propos huit observations d'entéro-anas-

tomose pour cancer, avec deux cas de mort seulement.

M. Boiffin a étudié aussi l'entéro-anastomose dans la *Revue de chirurgie* (p. 937), et conclut que c'est la méthode de choix.

Nous concluons donc :

1° Dans les cas d'obstruction aiguë, ou bien si l'état général du malade est mauvais, ou si le sujet est trop âgé, on se résignera à pratiquer un anus contre nature ;

2° Dans les autres cas, il faudra pratiquer l'entéro-anastomose de préférence à l'entérectomie suivie d'entérorraphie ; et volontiers, nous étendrons ces indications, même aux cas où la tumeur est petite, isolable, cas où Boiffin conseille l'entérectomie.





Observations de cancer du gros intestin, à évolution lente.



XIII. — Observation de REYBARD. (*Mémoire sur une tumeur cancéreuse affectant l'S iliaque du côlon. Ablation de la tumeur et de l'intestin. Réunion directe et immédiate des deux bouts de cet organe. Guérison.*)

Il s'agit d'un homme de vingt-huit ans, malade depuis plusieurs années, mais plus souffrant depuis six mois. Il avait des coliques habituelles et quelques douleurs lancinantes dans la région hypogastrique gauche, où l'on sentait une petite tumeur dure, circonscrite et du volume d'une pomme ordinaire, qui, bien que profonde, paraissait mobile et détachée des parois abdominales. L'abdomen était très distendu par des gaz ; le côlon se dessinait ordinairement à sa surface. Souvent le malade avait des éructations gazeuses, et des gorgées d'aliments lui remontaient souvent vers la bouche ; il ne rendait pas de gaz par l'anus et allait très difficilement à la selle ; la sortie des matières était souvent précédée de celle d'une matière sanguinolente, puriforme, qui amenait un ténesme habituel.

L'administration des lavements était difficile et douloureuse. Cet homme avait conservé l'appétit et même un peu d'embonpoint ; son teint était jaunâtre ; il n'avait pas eu de fièvre depuis trois mois, depuis que la tumeur avait abcédé, ce qui avait même fait espérer un moment qu'elle pourrait se résoudre.

Le diagnostic était facile : cancer bien limité de l'S du côlon ou de l'extrémité inférieure du côlon descendant, amenant des accidents d'occlusion. Reybard propose l'opération aux confrères qui l'avaient appelé en consultation, et se décide à la pratiquer, après quelques hésitations tenant à la crainte que le cancer ne se soit propagé aux organes voisins ou que l'inflammation dont la tumeur avait été le siège ne lui ait fait contracter des adhérences. Il avait, du reste, déjà fait des expériences sur les animaux sur le mode de réunion des deux bouts de l'intestin divisé.

L'incision fut faite au dessus de la crête iliaque, à partir de l'épine iliaque antérieure et supérieure, et conduisit sur la tumeur, qui était libre de toute adhérence. Après ligature du méso-côlon, l'intestin fut sectionné à un demi-pouce au dessus et au dessous des parties malades ; une ligature fut placée sur chaque bout d'intestin pour lier l'artère qui longe son bord mésentérique ; les fils de ces ligatures furent laissés longs et engagés, avec celui du méso-côlon, dans l'intestin avant d'en faire la suture. La réunion de l'intestin fut faite par la suture à surjet de Reybard, et il fut réduit profondément après avoir été lavé à l'eau tiède. La plaie abdominale fut fermée par trois points de suture et recouverte d'un pansement au cérat.

La tumeur était dure, blanc grisâtre, et offrait plusieurs tubercules, plus sensibles au toucher qu'à l'œil ; elle envahissait les deux tiers postérieurs de l'intestin, dont la cavité, noirâtre et ulcérée, avait perdu la moitié de son étendue.

La cicatrisation fut complète au bout d'un mois. Six mois

plus tard, la tumeur récidiva sur place et emporta la malade dix mois et demi après l'opération.

Telle est l'observation de Reybard, dont Jobert de Lamballe eut à rendre compte et sur laquelle il fit un rapport très défavorable; aussi cette observation n'est-elle rapportée nulle part et a-t-elle été ressuscitée pour la première fois par Adelman, en 1878.

Comme conclusion, M. Sée dit qu'il faut opérer douze ou vingt-quatre heures après avoir constaté les accidents, ce temps étant suffisant pour juger de l'efficacité des moyens médicaux. Il fait remarquer l'influence fâcheuse qu'a eue le purgatif, comme dans l'observation qu'a communiquée M. Nicaise.

XIV. — *Observation de cancer de l'S iliaque avec alternative de diarrhée et de constipation. Bon état général.*

Le nommé V... Nicolas, âgé de 50 ans, entre à Lariboisière, salle Nélaton, dans le service du docteur Peyrot, pour une tumeur qu'il a, dit-il, au niveau de la région iliaque.

Il a bon appétit; cependant il s'est un peu amaigri. Il accuse des alternatives de constipation et de diarrhée, mais il ne souffre pas.

En examinant la région, on trouve en effet, au niveau du lieu qu'il indique, une masse assez dure, située au niveau de l'S iliaque.

Mais trois jours après son entrée, le malade est pris d'une diarrhée abondante et la tumeur disparaît.

On pratique néanmoins le toucher rectal et on observe la présence d'un cancer de l'extrémité supérieure du rectum.

Au bout de huit jours, la diarrhée cesse et nous voyons réapparaître la tumeur, qui se produisait de nouveau sous

l'influence de l'occlusion provoquée par la présence du cancer rectal.

Le malade, qui avait l'air assez vigoureux, quitte l'hôpital, aucune opération n'ayant semblé urgente.

XV. — *Cancer de l'S iliaque, par M. Chavane, interne des hôpitaux.*

Cette pièce provient du service de M. le professeur Duplay. Il s'agit d'un homme de 50 ans, ayant comme tout antécédent pathologique une dysenterie contractée en Egypte, il y a 20 ans, et qui s'est présenté à l'hôpital au commencement de février 1890 avec des signes d'obstruction intestinale chronique. L'état général est bon, pas d'amaigrissement, pas de cachexie, ventre peu ballonné et dans la fosse iliaque gauche, une tumeur petite, dure, peu mobile.

On pense d'abord à un rétrécissement cicatriciel dysentérique siégeant à la partie inférieure de l'S iliaque, l'exploration du rectum ne donne aucun renseignement.

Pendant un mois, après des alternatives d'amélioration ou d'aggravation, il est mort brusquement au moment où on se préparait à lui faire un anus artificiel.

Nous avons trouvé à l'autopsie un cancer annulaire de l'S iliaque siégeant à 30 centimètres environ du rectum. Cancer en virole dont le calibre admet le pouce. Sa hauteur est très peu considérable ; 1 à 2 centimètres sur certains points, 4 dans l'endroit où il est le plus étendu. Les ganglions ne sont pas volumineux.

Le gros intestin est très distendu, congestionné et recouvert de fausses membranes ; nous en dirons autant du petit intestin qui présente, à deux travers de doigt, au niveau de la

valvule iléo-cœcale, une perforation qui donne passage à des matières fécales renfermées dans une loge limitée par des anses intestinales agglutinées.

Les poumons sont très congestionnés, surtout à leur bord postérieur.

Cette observation nous a paru intéressante parce que :

1^o Bien que ce rétrécissement néoplasique fût peu serré l'obstruction a été complète même pour les gaz dans les derniers jours ;

2^o La perforation s'est faite non au niveau de la tumeur qui n'est que peu ulcérée mais au niveau de l'iléon.

XVI. — *Obstruction intestinale par épithélioma de la partie du côlon ascendant. Guérison de l'obstruction. Mort avec phénomènes d'épilepsie jacksonnienne*, par M. Macaigne, interne des hôpitaux.

Marie David, 54 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Tapret, pour des accidents d'obstruction intestinale, le 30 septembre 1890.

Elle dit n'avoir jamais eu la moindre maladie. Toutefois, l'année dernière, elle a eu des accidents pareils à ceux-ci, et qui ont duré 3 semaines. Elle avait parfaitement guéri ; et jamais, dit-elle, depuis lors elle n'a souffert du ventre ; pas de vomissements, pas de diarrhée, pas d'hémorrhagies.

Le début de sa maladie s'est fait graduellement : voici huit jours qu'elle n'est pas allée à la selle. Depuis deux jours, elle est prise de vomissements muqueux et bilieux. Tout ce qu'elle prends est aussitôt rejeté. Le ventre est très ballonné, la douleur très vive. Apyrexie complète.

Deux purgatifs sont donnés deux jours de suite ; le second

seul amène une débâcle, et une diminution des vomissements. Le ballonnement persiste.

Pendant quinze jours son état reste stationnaire : périodes de constipation durant deux à trois jours, terminée par des selles diarrhéiques, noires, fétides. Vomissements, ballonnement du ventre. La cachexie s'accroît.

On lui fait alors l'électrisation de la paroi abdominale. Depuis lors, les vomissements cessent et le tympanisme disparaît graduellement.

L'appétit renaît bientôt. La malade qui était arrivée à un degré de cachexie extrême, reprend de l'embonpoint, et six semaines après son entrée elle était presque rétablie, lorsque, vers le 7 novembre, elle se met à délirer, riant, chantant, pleurant, sans motif, aussi bien la nuit que le jour et sans jamais chercher à se lever. En quelques jours ce délire devient permanent.

Le 12 novembre, pendant la visite, elle est prise de convulsions. Elle présente la forme classique de l'épilepsie hémiplegique, du côté droit, à début par la face. Dans les fortes crises le côté gauche s'agite aussi un peu.

Les crises se succèdent de plus en plus rapprochées, sans fièvre, sans qu'elle reprenne connaissance et le soir elle tombe dans le coma. Elle meurt le lendemain matin.

Autopsie. — Du côté du cerveau on ne trouve aucune grosse lésion capable d'expliquer les symptômes convulsifs.

Crâne. Dure-mère intacte.

La pie-mère se détache partout sauf sur le lobe frontal où elle adhère très faiblement : dès que cette membrane a été enlevée, la surface du cerveau présente un aspect très finement chagriné et une coloration rosée qui ne disparaît pas par le lavage. Cette altération se montre sur la partie antérieure du

lobe frontal et sur la frontale ascendante; plus du côté gauche que du côté droit.

Des coupes faites selon les règles habituelles ne montrent aucune altération du cerveau, des pédoncules, protubérance, bulbe.

Cœur, poumons, foie : rien d'anormal.

Reins. Poids normal, aucune altération appréciable à l'œil nu; et sur les coupes histologiques on ne trouve aucune altération manifeste.

Intestin. Tout l'intestin grêle est intact. De même le gros intestin jusqu'à la partie moyenne du côlon descendant où se trouve la lésion qui a provoqué les symptômes d'obstruction intestinale. Elle se présente comme une ulcération végétante faisant le tour de l'intestin, dont elle rétrécit par le fait le diamètre : l'orifice laisse passer l'index. Sa largeur est de 2 à 3 centimètres.

Au dessus l'intestin est épaissi et dilaté relativement à la portion de l'intestin sous-jacente, qui a une circonférence de 3 cent. 5, alors qu'au dessus la circonférence est de 7 centimètres.

Sur la face péritonéale de l'intestin au bourgeonnement intérieur correspond une sorte de retraits angulaire comblé de tissu fibreux et de lobules adipeux.

L'examen histologique montre que nous sommes en présence d'un épithélioma cylindrique ordinaire, dont les bourgeonnements pénètrent presque dans la tunique musculuse. Les tubes, simples ou ramifiés, ou disposés en cavités à paroi unie ou bourgeonnante, sont entourés d'une prolifération embryonnaire très abondante, parcourue de vaisseaux capillaires dilatés.

XVII. — *Occlusion intestinale chez un homme de 20 ans.*
Laparotomie. Mort. Cancer annulaire siégeant sur l'S iliaque.
Examen histologique. Epithélioma cylindrique. Endartérite
annulaire sous-jacente, par H. Lègrand, interne des hôpitaux,
aide-préparateur d'histologie à la Faculté.

Le nommé Ser..., raffineur, âgé de 20 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. le professeur Dieulafoy, le 1^{er} juin 1886. L'abdomen est énormément gonflé; le malade se plaint de douleurs sourdes qu'il ne peut localiser; il n'a pas été à la garde-robe depuis dix jours, et n'a pas rendu de gaz par l'anus depuis quatre jours; il a vomi deux ou trois fois des aliments mêlés de matières bilieuses sans odeur spéciale.

Sauf un peu de constipation habituelle, sa santé antérieure était, nous dit-il, très bonne; il a une robuste apparence. Le ventre est très volumineux, ovoïde, lisse; la sonorité tympanique est égale partout; de temps à autre des mouvements se produisent dans l'intestin dont on voit les anses se déplacer sous la peau avec borborygmes sonores.

Le visage est un peu tiré, mais l'état général bon; le pouls assez fort; la température 37°2, sans refroidissement des extrémités.

Le diagnostic d'occlusion intestinale s'impose, mais quelle en est la cause? Les trajets des hernies fréquentes ou rares sont explorés sans résultat; le toucher rectal ne dénote aucun rétrécissement accessible, l'anus présente quelques hémorrhoïdes de petit volume.

La palpation, la percussion ne révèlent absolument rien. Les antécédents du malade n'en disent pas davantage. Jamais il n'a fait de grande maladie; pas de fièvre typhoïde, de dysenterie, ni de péritonite; pas de syphilis. Jamais il n'a

eu d'hématénèse, ni de méloëna. Pas d'état nerveux spécial ; l'auscultation du poumon est tout à fait normal. Pas de saturnisme. Depuis trois ou quatre mois environ, il est ordinairement un peu constipé ; même, en janvier dernier, il entra à la Pitié pour cette constipation, mais il en est sorti au bout de vingt-quatre heures, guéri sans aucun traitement. Depuis ce temps, il a eu souvent des coliques, parfois assez fortes, localisées tantôt à l'ombilic, tantôt vers la partie gauche de l'abdomen, où l'on trouve la trace d'un vésicatoire. Il a eu des alternatives de constipation et de diarrhée, et dans les derniers temps ; les matières ont été ovillées. Il a pris force lavements et purgations sans aucun résultat, surtout depuis dix jours.

2 juin. — Le lendemain matin, M. Dieulafoy confirme le diagnostic d'occlusion intestinale, et précise le siège dans l'S iliaque en raison de la tension uniforme du ventre, de l'absence de vomissements et de la persistance d'un état général relativement bon après un arrêt aussi long des évacuations solides et gazeuses.

La nature de l'obstacle reste impossible à préciser ; cependant, vu l'absence de tous commémoratifs, sauf la constipation et une douleur sourde siégeant à gauche, et *malgré l'âge du malade* (20 ans), M. Dieulafoy pense que l'on pourrait fort bien se trouver en présence d'un *rétrécissement cancéreux annulaire*.

Divers traitements furent essayés pendant cette journée : huile de ricin à haute dose, lavements gazeux, électrisation de l'intestin avec la sonde de Boudet, bains prolongés. Résultat nul. Les lavements liquides ressortaient aussitôt ; une très petite quantité de liquide pouvait pénétrer dans le rectum, confirmant ainsi le diagnostic du siège de l'obstacle vers la région de l'S iliaque.

3 juin. — Le malade vomit des matières fécales ; ces

vomissements deviennent incessants à partir de midi. Faciès grippé, refroidissement périphérique.

L'intervention est urgente ; M. Richelot fait une laparotomie à quatre heures de l'après-midi. Incision de l'ombilic au pubis : à ce moment issue de gaz fétides. L'intestin est rouge foncé, très congestionné. L'exploration avec la main ne donnant encore aucun résultat, on prolonge l'incision jusqu'à l'appendice xiphoïde. L'intestin est alors sorti de l'abdomen avec toutes les précautions antiseptiques voulues ; dans la cavité pelvienne, on trouve alors une petite quantité de matières fécales épanchées.

L'exploration de l'S iliaque fait bientôt reconnaître un rétrécissement annulaire de l'intestin, très induré à ce niveau, rétracté au-dessous, énormément dilaté au-dessus. Une petite perforation existe à peu de distance au-dessus de l'obstacle, au milieu d'une plaque de sphacèle. M. Richelot pratique une suture invaginée de l'intestin à ce niveau. Une autre petite plaque grisâtre située à quelque distance nécessite la répétition des mêmes sutures minutieuses, et M. Richelot *qui avait l'intention de réséquer l'anse intestinale*, rétrécie par cette tumeur qui paraissait bien limitée et sans propagation ganglionnaire mésentérique, se voit forcé, à cause de l'état gravement compromis du malade, de terminer rapidement l'opération par la création d'un anus artificiel iliaque. Mort peu de temps après l'opération.

Autopsie. — Nous avons trouvé à 40 centimètres de l'anus, sur l'S iliaque, en un point de l'intestin qu'un méso très court rattache de près à la paroi postérieure, un rétrécissement parfaitement annulaire, entraînant les tuniques de l'intestin pour former une gouttière circulaire concave en dehors. Au dessus de l'obstacle, l'intestin est énormément dilaté ; ses parois sont épaissies, lisses, assez fermes. Au dessous, il est au

contraire, rétracté, plissé ; les parois sont minces. Le péritoine est vivement enflammé par les matières fécales épanchées. Après avoir réséqué l'S iliaque à quelque distance au dessus et au dessous de l'obstacle, nous avons constaté que de l'eau versée soit par le bout inférieur, soit par le bout supérieur, ne s'écoulait que lentement et goutte à goutte, ce qui indiquait une atrésie presque complète.

L'intestin fut alors fendu en long. Le rétrécissement était formé par un bourrelet circulaire, régulier, non ulcéré, d'aspect un peu rugueux au sommet ; aucun corps étranger n'était arrêté dans le pertuis.

L'épaisseur de cette espèce de pylore ne dépassait pas un centimètre et demi dans le sens longitudinal ; son examen de dehors en dedans était d'un centimètre environ. Sur la coupe on distingue les couches externes de l'intestin, attirées vers son axe, et en dedans un tissu lardacé, lacunaire, se confondant avec la muqueuse dont l'épaisseur augmenté progressivement et se fond sans limite bien tranchée avec la tumeur.

Les ganglions des diverses régions du corps ne nous ont montré aucune augmentation de volume, ni aucune altération ; du moins à l'œil nu.

Tous les autres viscères nous ont paru parfaitement sains.

Examen histologique. — La tumeur a été conservée dans l'alcool avec des portions d'intestin recueillies au dessus et au dessous de la lésion. Grâce à l'inclusion dans le collodion, nous avons pu faire des coupes comprenant non seulement toute l'épaisseur de l'intestion depuis sa surface interne jusqu'au péritoine, mais encore la totalité de la tumeur en longueur. D'autres coupes ont porté sur les parties détachées au voisinage de l'obstacle.

Les préparations qui comprennent toute l'épaisseur de la tumeur montrent la *continuité insensible* du tissu pathologique

avec le reste de la muqueuse de l'intestin, aussi bien au dessus qu'au dessous du rétrécissement annulaire. A partir d'un certain point, les glandes en tube normales, pour la forme et la dimension s'hypertrophient, se déforment ; leur cavité se remplit de détritits granuleux, ou bien les cellules subissent la dégénérescence muqueuse, ou bien on voit des noyaux et des cellules plus abondantes ; le contour des glandes devient irrégulier, festonné, en jeu de patience ; d'autres sont dilatés en utricules ; en les prenant individuellement ce sont des adénomes.

Le tissu interstitiel est un peu enflammé ; le fond des culs-de-sac déprime la couche musculaire de la muqueuse. Puis cette couche est perforée, et les culs-de sac musculaires trouvant un terrain plus perméable s'enfoncent, se ramifient probablement semblent former des prolongements qui, tantôt sont droits, parallèles ; filent à une grande distance à travers le tissu conjonctif sous-muqueux épaissi et un peu condensé, à travers les faisceaux dissociés de la tunique musculuse ; tantôt ces boyaux épithéliaux sont flexueux, coudés, contournés en tout sens, de sorte que la coupe présente leur section ovale ou circulaire.

L'ensemble du tissu prend donc tantôt un aspect lacunaire à mailles allongées, parallèles ; ou bien il représente des alvéoles arrondis, serrés les uns contre les autres. Toutes ces cavités sont tapissées par des palissades de cellules cylindriques, à protoplasma clair, à noyaux volumineux situés près de la base d'implantation. Ces tubes épithéliaux n'ont pas de paroi propre, au moins dans les parties profondes, leur lumière est libre ; ou bien elle est dilatée en petits kystes remplis de matière colloïde et de débris cellulaires. Dans les parties profondes, les tubes se terminent souvent par un bourgeon plein, formé de cellules plus jeunes, rondes, à gros noyau clair. En

un point, il existe une nappe sanguine provenant d'une hémorrhagie interstitielle.

Ce tissu pathologique, tout à fait classique dans son aspect, occupe la couche muqueuse, la sous-muqueuse hypertrophiée, et un bon nombre de boyaux épithéliaux se glissent presque dans la tunique musculieuse. Nous n'en avons pas trouvé dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, qui est un peu chargé de graisse et ne présente pas d'inflammation interstitielle.

En examinant ce tissu, notre attention a été attirée sur les artères, qui, chacun le sait, affectent sur l'intestin une disposition annulaire. Juste au niveau du néoplasme, on trouve deux trous artériels coupés perpendiculairement à leur diamètre, plus ou moins volumineux suivant que la coupe a porté sur un point plus ou moins rapproché du mésentère.

Ces artères sont atteintes d'*endarterite*, caractérisée par une prolifération considérable des cellules plates de leur couche interne ; la lumière persiste cependant et ne contient pas de caillot. La couche élastique interne est intacte ; la tunique moyenne et l'externe ne présentent aucune lésion ; nous n'avons vu enfin aucune inflammation, ni aucun boyau épithéliomateux au voisinage immédiat de l'artère sur un grand nombre de coupes.

Dans les préparations provenant des régions de l'intestin situées au-dessus et au-dessous de la tumeur, les artères nous ont paru absolument saines.

XVIII. — WAHL. Cancer de l'angle splénique du côlon.

Entéro-anastomose entre le côlon transverse et l'S iliaque : guérison (*Saint-Petersbourg medicinische Wochenschrift*, 1889).

Il s'agit d'une femme malade depuis 4 ans.

XIX. — VILLY-MEYER. Cancer de l'angle hépatique du côlon ascendant. Anastomose du côlon ascendant et transverse. Guérison (*New-York medical Record*, 24 novembre 1889).

XX. — ABBE. Cancer de l'angle hépatique du côlon. Anastomose entre le côlon ascendant et transverse. Guérison opératoire (*Medical News*, 1^{er} juin 1889).

XXI. — MANTEUFFEL. Cancer de l'angle splénique du côlon. Entéro-anastomose. Guérison.

En réunissant les observations que nous avons pu recueillir sur le cancer du gros intestin à celles rassemblées par M. Haussmann, nous trouvons :

1° Côlon ascendant.....	25 cas.
2° Angle hépatique.....	10 —
3° Côlon transverse.....	26 —
4° Angle splénique.....	107 —
5° Côlon descendant.....	30 —
6° Sans désignation de siège.....	18 —
	180 —





Cancer du rectum.



ANATOMIE PATHOLOGIQUE



Nous ne nous proposons pas de faire ici l'anatomie pathologique du cancer du rectum, nous nous contenterons d'insister sur certains points.

D'après les recherches de Czerny, 72 o/o des cancers du rectum appartiennent à l'épithélioma cylindrique. Quant à l'épithélioma lobulé, il prend d'ordinaire naissance au pourtour de l'anus et forme des nodosités qui s'enfoncent dans les tissus ambiants et envahissent le périnée. Les autres variétés du carcinome, le squirrhe, l'encéphaloïde, le cancer colloïde se présentent ici avec leurs caractères ordinaires. Tous les carcinomes se forment aux dépens de l'épithélium de la muqueuse et des glandes.

D'après M. le professeur Duplay, le cancer peut se présenter sous deux formes :

La forme circonscrite ;

La forme diffuse.

Dans la première, le produit morbide constitue des nodosités, des tubercules arrondis, des plaques, des tumeurs polypeuses à large base, souvent ulcérées à leur sommet.

La forme diffuse, au contraire, tend à s'infiltrer dans l'épaisseur des tuniques et présente des bandes bleuâtres qui s'irradient dans différentes directions.

Quelle que soit leur forme, les cancers du rectum évoluent comme ceux des autres organes ; ils ont tendance à gagner les organes voisins. D'abord localisés à une partie du rectum (cancer en plaque), ils envahissent peu à peu la circonférence du tube intestinal, et donnent alors la variété de cancer circulaire. A ce moment, ils déterminent, somme toute, la formation d'un rétrécissement du rectum.

Ce rétrécissement s'accompagne naturellement de la dilatation au dessus, où séjournent les matières fécales, qui déterminent, par leur présence, l'irritation et l'inflammation du rectum ; bientôt, ne tarde pas à se produire une ulcération à bords festonnés. En un mot, un cancer proprement dit s'est ajouté à la rectite.

Nélaton a attiré l'attention sur le changement de direction qu'impriment au rectum l'envahissement limité ou irrégulier de ses parois et il conseille de pratiquer le toucher avec précaution pour ne pas, en voulant suivre la direction normale, aller passer à travers le cancer et produire une perforation.

Sans rien préjuger de la nature du cancer, dit

M. Peyrot, les types anatomiques auxquels il faut rapporter la dégénérescence cancéreuse du rectum, nous paraissent être au nombre de quatre :

- 1° La végétation ;
- 2° Tumeur ;
- 3° Ulcération ;
- 4° Le rétrécissement.

La végétation néoplasique de mauvaise nature est plus ou moins nettement pédiculisée, bourgeonnante, fongueuse, de consistance mollassse, saignant facilement.

La tumeur est rare, elle est représentée par une masse énorme de végétations.

L'ulcération se présente le plus souvent, particulièrement dans le cancer anal ; comme bon nombre d'ulcérations de l'anus et du rectum, elle repose sur une base indurée, mal circonscrite, se perdant dans les tissus voisins. Il n'est pas rare de la voir limitée, surtout dans le cas de cancer anal, par une de ces productions végétantes ou condylomateuses qui accompagnent souvent les ulcérations de l'anus et dont la nature maligne ne diffère pas d'ailleurs du cas particulier de celle du cancer qu'elle limite plus ou moins complètement.

Evolution du cancer. — Je serai bref sur ce sujet. Le cancer du rectum obéit aux lois de propagation des autres cancers, il atteint les organes avoisinants et les infiltre de ses végétations ; mais il est un point particulier par lequel il diffère beaucoup des autres cancers :

- 1° La généralisation en est rare. Dans le grand

nombre d'observations que j'ai lues, pour étudier ce sujet, j'ai vu peu de cas où cette complication soit signalée. Il évolue en quelque sorte sur place ;

2° L'extension aux ganglions se fait là comme ailleurs ; le cancer anal déterminant l'adénite inguinale, le cancer rectal gagnant les ganglions du petit bassin et jusqu'aux ganglions lombaires. Mais c'est là encore une forme rare, surtout pour le cancer rectal. Très fréquemment, les ganglions sont indemnes ;

3° L'infiltration de proche en proche peut rester longtemps limitée aux parois rectales ; elle a peu de tendance à envahir le péritoine, au moins au début ; il est rare également de la voir, chez l'homme, s'étendre à la vessie, aux vésicules séminales et à la prostate.

Combien différent est donc le cancer du rectum des autres tumeurs malignes, de celles du sein, par exemple.

Celles-ci marchent vite, les ganglions sont rapidement envahis, la peau, les muscles même, les os sont atteints par le néoplasme. Ici, au contraire, c'est lentement, sourdement, qu'il évolue et encore est-il irrité par le passage continuel des matières fécales.

Mais il est une autre partie du tube digestif où le cancer se présente avec les mêmes caractères ; c'est le reste du gros intestin où, comme nous l'avons vu dans la partie de notre thèse, la tumeur envahit souvent tout le calibre intestinal en restant cependant limitée à lui.

Nous voyons que le cancer du rectum présente dans sa marche une évolution lente, mais que de par sa présence il détermine un rétrécissement de l'intestin.

Au dessus du rétrécissement se trouve une portion ulcérée ayant une hauteur variable.

M. Malassez a bien étudié les lésions que l'on rencontre au dessus du rétrécissement. La muqueuse a disparu en grande partie et à sa place on trouve du tissu embryonnaire. A la limite supérieure de l'ulcération, au point de réunion de la partie saine et de la partie ulcérée, la muqueuse est légèrement décollée et dans son épaisseur, entre les conduits glandulaires, existe une certaine quantité de cellules jeunes embryonnaires.

Le tissu sous-muqueux, à ce niveau, présente aussi un grand nombre de ces cellules et on les retrouve même plus haut en des points où la muqueuse est encore saine. Entre les faisceaux de la tunique musculaire, on trouve un assez grand nombre d'éléments embryonnaires infiltrés qui se réunissent en certains points. On voit encore, entre les fibres, de petits abcès au début, qui sont sans doute l'origine de ces fistules qui accompagnent les rétrécissements.

Il n'est pas rare, en effet, de voir survenir des abcès qui font communiquer la partie du rectum située au dessus du cancer, soit directement avec l'extérieur en s'ouvrant autour de l'anus, soit avec le vagin chez la femme ou la vessie. De plus, les parois au niveau de l'ulcération sont peu résistantes; l'on voit parfois survenir des perforations intestinales s'ouvrant dans le péritoine et déterminant une péritonite suppurée.

D'autres fois, les perforations peuvent faire communiquer deux anses intestinales. Dans le cas de Talma, la

portion sus-jacente au cancer était tellement dilatée qu'elle touchait à la partie sous-jacente au cancer et ces deux parties du rectum allaient communiquer.

Comme le faisait remarquer M. Houel, à la Société anatomique, c'est là un mode de guérison par entéro-anastomose.

Pour nous résumer nous dirons :

1° Que le cancer du rectum, comme d'ailleurs celui du reste du gros intestin, évolue lentement ;

2° Que le rétrécissement a une grande importance ; comme nous allons le voir, il commande en quelque sorte l'évolution des symptômes.



SYMPTOMES



Le but de notre thèse est en grande partie de montrer l'évolution lente du cancer, et que les principaux phénomènes qu'éprouvent les malades tiennent surtout au rétrécissement et à la rectite consécutive.

PREMIÈRE PÉRIODE.

Dans cette période, où le cancer n'est encore que

partiel, où le rétrécissement n'est pas encore constitué, les symptômes sont vagues.

Les malades, en effet, se présentent comme des individus en apparence bien portants, ils sont vigoureux. Ils continuent à se livrer à leurs travaux sans s'imaginer qu'ils puissent avoir quelque chose de grave. Ils maigrissent très peu, leur appétit est conservé, et ils n'ont pas, pour certains aliments, cette répugnance autrefois caractéristique des cancéreux.

Allingham cite le fait d'un cancer qu'il fut très étonné de trouver chez un homme présentant toutes les apparences de la santé et qui venait le consulter pour contracter une assurance sur la vie.

C'est à peine si les malades éprouvent un peu de pesanteur dans le bas-ventre, dans le bassin, quelques troubles vagues vers le fondement. Les matières fécales sont recouvertes parfois de quelques glaires sanieuses et sanguinolentes ; il y a quelquefois du sang pur et c'est croyant avoir des hémorroïdes que le malade vient consulter son médecin.

DEUXIÈME PÉRIODE.

Bientôt tous ces symptômes s'aggravent. D'après M. Potherat, *Traité de chirurgie* (p. 72), les symptômes à cette époque peuvent être groupés sous deux types cliniques, suivant qu'il s'agit d'un cancer mou, végétant (épithélioma cylindrique en dégénérescence, etc.), ou d'un cancer infiltré.

Dans la forme végétante, le malade est affecté de diarrhée persistante absolument tenace. Cette diarrhée s'accompagne de cuisson très vive du côté de l'anüs, d'épreintes, de ténésme très douloureux. Les matières rendues sont des matières fécales diluées, des glaires sanieux et sanguinolents, des débris organiques sphacélés ; le tout dégageant une odeur d'une grande fétidité.

Exceptionnellement, le malade est constipé, mais alors la constipation est généralement suivie d'une débâcle qui rejette des matières fécales, des débris de la tumeur dégénérée.

Cette forme avec diarrhée persistante est assez rare. Ce que l'on voit le plus souvent c'est la constipation, suivie d'une débâcle survenant tous les sept, huit, dix jours.

Il y a souvent des hémorrhagies plus ou moins importantes, qui sont dues à la rupture et à la déchirure des productions néoplasiques. L'état du malade à ce moment est triste.

Il mange peu, maigrit, son teint prend l'aspect jaune paille. Ses douleurs sont très vives ; des vomissements se produisent, il est rapidement obligé de cesser tout travail, et bientôt condamné au séjour au lit, il achève de mourir.

Dans ce court exposé des symptômes, il nous faut chercher ce qui appartient en propre au cancer et ce qui appartient au rétrécissement et à la rectite.

Tant que le cancer n'a pas déterminé de rétrécissement, tant que le passage continu des matières fécales

ne l'a pas ulcéré, la vie du malade n'est pas menacée, sa santé est bonne ; mais, dès que l'ulcération s'est produite, dès que le rétrécissement s'est constitué, tout change. Les matières fécales contenues dans la dilatation située au dessus du cancer, irritant la muqueuse et l'ulcération cancéreuse, les douleurs apparaissent. C'est à cause des douleurs et pour les éviter que le malade mange le moins possible, c'est à cause d'elles qu'il devient taciturne, triste, hypocondriaque. N'évacuant plus ses matières fécales qu'à de longues distances, il se fait une résorption des produits putrides contenus dans l'intestin. Alors apparaissent les troubles de la digestion, l'inappétence, la céphalalgie, l'insomnie, les congestions de la tête, les bourdonnements d'oreilles. Les digestions deviennent de plus en plus lentes et pénibles, la nutrition s'altère, les malades prennent un teint jaune blafard. Souvent ils sont pris de frissons erratiques, de malaises dus, comme l'a montré Chavet, à la résorption des produits septiques fournis par la décomposition des matières fécales. Telle est la forme banale du cancer du rectum.

DES FORMES LATENTES DU CANCER DU RECTUM.

Mais à côté de ces formes où la constipation et la douleur prédominent, il en existe d'autres, et, nombreux sont les cas où les fonctions s'accomplissent d'une façon à peu près normale, où les malades présentent l'apparence de la santé la plus plantureuse,

où c'est brusquement que l'obstruction intestinale s'est produite.

Tantôt c'est à la suite d'un toucher rectal que subitement apparaît l'occlusion intestinale ; tantôt, c'est un corps étranger qui vient oblitérer l'orifice que laissait le cancer pour le passage des matières ; tantôt, enfin, c'est sans cause connue que se fait l'arrêt des matières et même des gaz.

Dans le chapitre qui va suivre, j'ai réuni un grand nombre d'observations destinées, les unes : à montrer l'évolution lente du cancer, sa généralisation rare, le bon état des sujets au moment où il existait un cancer déjà étendu ; les autres : à prouver qu'il existe des cas fréquents où, du fait seul du rétrécissement qui s'est constitué peu à peu en sourdine, on voit se produire une obstruction intestinale aiguë qui amène la mort du sujet.

Le but de ce travail est de prouver qu'en raison de la mortalité considérable qu'entraîne l'extirpation du néoplasme, il vaut mieux empêcher le séjour prolongé des matières fécales au dessus du cancer. Car, le principal coupable, ce n'est pas le cancer, ce sont les rétrécissements et les lésions de rectite.

En un mot, à mon sens, il faut, comme nous le verrons, en revenir à un traitement palliatif.

Observations.

XXII. — *Cancer du rectum siégeant à 12 centimètres de l'an.*
Les premiers symptômes ont été des phénomènes d'obstruction
suraiguë. (Thèse de Verrié).

Le nommé M... Joseph, âgé de 58 ans, cocher, avait joui jusqu'à ces derniers temps d'une santé excellente. Il fut atteint brusquement, vingt jours avant d'entrer à l'hôpital, d'une douleur violente dans l'abdomen, accompagnée d'abord de constipation suivie bientôt après de diarrhée. On lui prescrit un purgatif, mais sa souffrance ne diminue pas. Il éprouve d'incessants besoins d'aller à la selle.

Pendant cette période, son ventre commence à se ballonner, puis, subitement, il se fait un arrêt des matières et des gaz de l'intestin. La dilatation abdominale est telle que toute exploration des organes contenus dans l'abdomen est impossible. Néanmoins, il n'y a pas de vomissements, mais des éructations fétides. La température est de 38°2. Le toucher rectal ne permet pas de reconnaître une lésion du rectum.

En présence de ces symptômes, le diagnostic d'occlusion intestinale est posé, sans précision de siège, en presumant toutefois qu'il se trouve au niveau de l'S iliaque, et l'on fait un anus contre nature dans la région du cœcum.

Une fois la peau et le grand oblique incisés, on tombe presque immédiatement sur l'intestin : ce qui est dû à une dilatation énorme, qui a repoussé en dehors les fibres musculaires du petit oblique et du transverse. L'intestin est ouvert au bistouri avant d'être fixé à la paroi. Il s'écoule alors une quantité considérable de matières fécales. L'état général du malade ne s'améliore pas. La température atteint 40°, tombe le soir

à 37°5 pour remonter à 39° et 40°. Le malade meurt le troisième jour après l'opération.

Autopsie.— Les anses intestinales sont encore extrêmement dilatées. Le gros intestin, à partir du cœcum, atteint le volume d'un gros tuyau de poêle. Il est rouge, légèrement congestionné. L'anse descendante du côlon est moins développée jusqu'à l'S iliaque, qui augmente rapidement de volume ainsi que le rectum. On observe sur le rectum et l'S iliaque une coloration noirâtre ; au niveau du point où ils se continuent, on trouve un petit pertuis de la grosseur d'une tête d'épingle. La portion supérieure du rectum est blanche, non dilatée et présente un rétrécissement excessivement serré, siégeant à environ douze centimètres de l'anus, ce qui explique pourquoi, par le toucher rectal, on ne l'avait pas senti.

A l'ouverture des anses du gros intestin, on voit qu'elles sont fortement congestionnées, présentant une apparence villeuse. Le côlon est rempli d'une quantité considérable de matières fécales semi-liquides.

Le foie est gros, présentant une coloration jaunâtre ; le tissu cellulaire a la même coloration. Cependant l'on n'avait pas noté pendant la vie la présence d'un ictère.

Les poumons sont congestionnés.

La plaie et le péritoine avoisinant ne présentent aucune trace d'inflammation.

Le petit bassin était rempli de matières fécales.

L'examen histologique démontre qu'on a affaire à un épithélioma du rectum.

XXIII. — *Cancer du rectum, à début par obstruction intestinale.* TRÉLAT. Cliniques chirurgicales, tome II. Leçon du 7 février 1884, par le docteur Ch.-H. Petit-Vendol.

Femme, 60 ans, vigoureuse, qui présentait depuis le 22 jan-

vier des signes d'obstruction intestinale. Le médecin ordinaire avait mis en œuvre les divers moyens usités en pareil cas, laxatifs, purgatifs, etc.

Le 25 janvier, des vomissements surviennent, vomissements verdâtres, bilieux, qui continuent les jours suivants pour cesser le 28. Le même jour, 28 janvier, il se produit une petite évacuation alvine : très peu de matières et de mucosités. Le 29, les vomissements ne se renouvellent pas. Ils reparais- sent le 30 et le 31, puis cessent de nouveau les 1^{er} et 2 février. Mais, malgré les lavements d'eau de seltz, on n'obtient toujours pas de selles. C'est alors que je suis appelé.

Les premières particularités que je constate tout d'abord sont les suivantes : il n'y a pas d'altération des traits, pas d'amaigrissement, pas de douleurs vives, la langue est un peu blanche ; le ventre est ballonné.

La malade a eu trois enfants. A la suite de la première couche, douleur dans le ventre et malaise assez prolongé. Après le troisième accouchement, accidents analogues et quel- ques douleurs utérines persistantes. Mais, depuis la perte de l'un de ses enfants, l'état de santé de cette femme est devenu moins bon ; son appétit a diminué, et, depuis cinq mois, elle est sujette à des accès de constipation opiniâtre, qui se termi- nent par de véritables débâcles.

Examen de l'utérus. — Léger écoulement sanguin qui existe depuis longtemps. Cet accident, dont il fallait bien tenir compte, pouvait prouver l'existence d'un cancer, surtout en le rapprochant de quelques troubles de la santé générale. Nous constatons par l'exploration digitale une métrite parenchy- mateuse.

Examen du rectum. — Anses intestinales distendues et sur- tout toutes également distendues. Dans la région hypogas- trique à gauche, dans les points correspondant à l'S iliaque,

on trouvait à la percussion un son légèrement mat, tandis qu'il existait de la sonorité dans les autres parties de l'abdomen.

La présence de l'affection utérine et des symptômes déjà énumérés me firent porter le diagnostic de cancer siégeant à l'union de l'S iliaque et du rectum.

XXIV. — *Obstruction intestinale suraiguë, dans un cas de cancer latent du rectum. (In Th. Verrié.)*

Le nommé Ph. B..., âgé de 55 ans, est entré salle Nélaton, à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. le docteur Peyrot, le 21 février 1891.

Cet homme, grand, vigoureux, bien portant, le visage coloré, a été reçu à la consultation pour hémorroïdes, ayant déterminé, disait-il, un léger écoulement de sang.

En interrogeant le malade nous apprenons que son appétit est excellent, mais que depuis sept ou huit jours il éprouve quelques douleurs en allant à la selle, douleurs que son médecin attribue à des hémorroïdes qu'il nous montre et il entre, dit-il, à l'hôpital pour se les faire enlever.

A l'examen, on constate en effet la présence de quelques hémorroïdes externes, mais leur aspect éloigne toute idée de crises hémorroïdaires avec hémorrhagie.

Le malade nous apprend que depuis quelque temps il va plus difficilement à la selle. Cette constipation coïncidant avec l'hémorrhagie attire l'attention du chirurgien.

On pratique le toucher rectal et l'on trouve, à sept centimètres environ de l'anus, une tumeur oblitérant en partie le calibre du rectum, mais laissant encore passer facilement la pulpe de l'index qui tombe au dessus dans une vaste cavité qui est le rectum dilaté.

La tumeur est molle, fongueuse, bourgeonnante ; elle saigne

facilement. Elle ne paraît pas se propager à la vessie, ni avoir envahi les parois du petit bassin. Le diagnostic d'épithélioma du rectum est posé. L'état général du malade reste le même pendant quelques jours et l'on se proposait de lui faire l'extirpation du rectum.

Un nouvel examen est fait en vue de cette opération ; plusieurs chirurgiens l'examinent.

Mais le soir même l'interne de garde est appelé auprès de lui et le trouve présentant les phénomènes d'obstruction intestinale suraiguë. Le lendemain matin les phénomènes d'occlusion sont portés au suprême degré. M. le docteur Piquet, appelé en toute hâte, se décide à pratiquer sur-le-champ un anus iliaque.

A cause de l'état du malade on ne donne pas de chloroforme ; on ne fait pas même d'injections de cocaïne. D'ailleurs l'anesthésie est inutile ; cet homme ne sent plus rien, ne manifeste aucune douleur pendant l'opération. Enfin, il succombe à peine celle-ci terminée.

Autopsie. — Toute la masse intestinale est un peu distendue. On essaye de faire passer de l'eau vers l'S iliaque par l'anus que l'on dilate et elle s'écoule facilement.

A l'ouverture du rectum on voit une tumeur cancéreuse ulcérée sur une grande surface.

XXV. — *Constipation survenant rapidement dans un cas de cancer latent du rectum. In th. Verrié.*

Lautrop Armand, 26 ans, tailleur, entre le 10 novembre 1891 salle Nélaton, service de M. le docteur Peyrot.

Père, mort d'un abcès du foie.

Dans sa jeunesse, il n'a fait aucune maladie.

E.

Il est vigoureux et bien portant.

Soudainement, au mois d'août, il est pris de constipation. Les selles sont douloureuses et accompagnées d'hémorrhagies. La douleur est surtout intense à l'anus, mais s'irradie en même temps dans le bas-ventre et les lombes.

C'est surtout lorsque le malade a des selles sanglantes qu'il éprouve de la douleur lombaire.

La miction est aussi difficile.

Les symptômes persistent actuellement. Le malade a des alternatives de constipation et de diarrhée. L'appétit est conservé et la digestion se fait bien.

Examen du rectum. — Au toucher rectal, on sent au-dessus du sphincter des masses dures, irrégulières, saillantes comme des noyaux de pêches, plus nombreuses sur la paroi antérieure du rectum, qui est de la sorte rétréci.

Le ventre est dur, ballonné, résistant à la palpation, qui est douloureuse, surtout dans la fosse iliaque gauche. Les ganglions de l'aîne sont pris.

On observe en outre deux petits noyaux indurés, l'un à l'épaule, l'autre à la région lombaire du côté gauche, développés sous la peau, mobiles sous les couches profondes et unis aux couches superficielles. Ils sont de forme à peu près sphérique et présentent dix à douze centimètres de diamètre.

Opération. — Le 19 novembre, on pratique une incision oblique dans la direction de l'épine iliaque à la symphyse pubienne, longue d'environ cinq centimètres, et l'on met à découvert l'S iliaque. On attire au dehors cette partie de l'intestin, dans laquelle on passe un tube de verre entouré de gaze iodoformée, pour la maintenir dans cette position.

Température 39° 4.

Le 22 novembre, ouverture de la portion découverte de l'S iliaque. Le malade meurt quelques jours après.

Autopsie. — On trouve sur le rectum deux masses cancéreuses énormes, siégeant à des hauteurs différentes.

Le foie était envahi par plusieurs tumeurs cancéreuses.

Le malade n'avait cependant pas eu d'ictère.

XXVI. — *Obstruction intestinale aiguë dans un cancer latent du rectum* (Trélat). — *Cliniques chirurgicales*, tome II. Clinique du 11 avril 1888, rédigée par M. le docteur Pierret-Delbet.

Homme de 61 ans, vigoureux, de belle apparence. Il était syphilitique sans le savoir; il y a sept ou huit ans, le médecin autorisé qui le soignait avait porté le diagnostic de syphilis hépatique. Il avait, en outre, une gomme sus-claviculaire. Le tout avait très bien guéri sous l'influence du traitement spécifique. Il avait eu aussi, autrefois, des accidents hémorrhoidaires et avait subi la dilatation de l'anus pratiquée par M. Verneuil.

C'est dans le mois de mars dernier, qu'il ressentit pour la première fois des difficultés sérieuses pour aller à la selle. Puis il se produisit un arrêt brusque des matières et des gaz. C'est alors que le malade vint à Paris.

Je le vis le 20 mars. Depuis onze jours, il n'avait rendu ni matières, ni gaz. A le voir, on ne s'en serait guère douté. Il se levait, marchait et je le trouvai debout. Le visage n'était nullement altéré, seulement un peu d'anxiété, d'agitation, car cet homme fort intelligent, ne se faisait aucune illusion sur la gravité réelle de son état.

Après l'avoir fait coucher, je constatai que son ventre était

ballonné, tendu, mais régulièrement, sans exagération. Le son était partout tympanique, et, en faisant une percussion attentive, je pus facilement constater que l'intestin grêle, le cœcum, le côlon ascendant, transverse et descendant étaient distendus par des gaz. Cette distension générale de l'intestin grêle et du gros prouvaient que l'obstacle siégeait bas. Je pratiquai immédiatement l'examen du rectum. Le toucher rectal ne me révéla rien. J'introduisis un doigt sans rien sentir d'anormal, j'en introduisis deux, je les poussai aussi haut que possible, rien, absolument rien. L'intégrité du rectum d'une part, d'autre part le ballonnement du gros intestin dans sa presque totalité démontraient clairement que l'obstacle était situé entre l'S iliaque et le rectum.

Quelle était la nature de cet obstacle ? S'agissait-il d'un rétrécissement syphilitique, d'une invagination ou bien d'un rétrécissement cancéreux ? C'est entre ces trois diagnostics qu'il fallait décider, car on ne pouvait guère faire d'autre hypothèse.

L'obstruction, d'abord partielle, s'était lentement complétée ; le début n'avait rien eu de brusque ; le tout durait depuis onze jours presque sans réaction générale, puisque le malade se levait et marchait. Cet ensemble de phénomènes permettait d'éliminer d'un coup toutes les variétés d'obstruction aiguë, le volvulus, l'étranglement interne proprement dit, etc.

Je mis tout d'abord de côté le rétrécissement syphilitique pour les raisons suivantes : C'est une affection qui évolue plus lentement, qui n'arrive que très rarement à l'obstruction complète. En outre, le siège de l'obstacle n'était pas celui qu'occupe d'ordinaire cette variété de rétrécissement. J'ajoute que, depuis sept ans, le malade n'avait présenté aucun accident syphilitique.

Restait l'invagination et le néoplasme. M. Ollivier, avec qui

je vis le malade, était un peu préoccupé de l'idée d'invagination, et cela surtout parce que le malade avait eu une selle sanguinolente au début de ses accidents. Ce phénomène appartient bien à l'invagination, mais il appartient aussi au cancer. De sorte que je ne vis pas là une raison déterminante pour porter le diagnostic d'invagination et je penchai du côté du cancer. L'âge du malade, 61 ans ; le siège de l'obstacle, à la partie basse de l'S iliaque, la marche des accidents me semblaient plaider nettement en faveur de l'idée d'un néoplasme. M. Ollivier reconnut la valeur de ces arguments et nous adoptâmes le diagnostic de cancer de l'intestin.

L'anus iliaque fut pratiqué dans le flanc gauche. L'opération a été fort régulière. L'intestin ouvert, j'y ai introduit mon doigt pour l'explorer, mais je n'ai pu sentir aucune tumeur.

Malheureusement le malade a succombé au bout de dix-huit jours. Tout le pourtour de l'anus artificiel a été frappé de gangrène septique.

XXVII

Angélique B..., 49 ans, commerçante, entre au mois de septembre dernier à Lariboisière.

Elle ne souffre que depuis deux ou trois mois de constipation devenant de plus en plus opiniâtre, elle prend un purgatif, mais presque aussitôt se déclare une occlusion intestinale qui dura quinze jours. Les lavements et les purgatifs n'apportaient aucun soulagement dans l'état de la malade, lorsque tout à coup elle est prise de débâcle et donne issue à des matières très fortement colorées de sang. Aujourd'hui il sort encore parfois de très gros caillots de sang.

Depuis, la douleur a un peu cessé, mais le ventre est toujours tendu et sensible à la palpation.

La malade n'a perdu l'appétit que depuis peu de temps. Elle a des vomissements répétés et de fréquentes envies d'aller à la selle.

Examen. — On trouve, à cinq centimètres de l'anüs, le calibre de l'intestin complètement rétréci, ne laissant plus passer la pulpe du doigt. Les masses qu'on observe sont fongueuses, saignantes. Du côté gauche elles sont dures. Elles forment une tumeur arrondie qui infiltre la paroi vaginale.

Le 10 septembre, on pratique un anus iliaque qui n'a donné issue à aucune matière.

La malade vomit d'abondantes matières et meurt le 12, dans la journée.

Autopsie. — L'intestin est très dilaté. Le cœcum, le côlon et l'S iliaque offrent un volume considérable. Une vaste ulcération existe sur le cœcum, l'S iliaque et une partie du côlon descendant.

XXVIII. — *Occlusion intestinale à forme chronique dans un cas de cancer latent du rectum.* (Trélat, *Cliniques chirurgicales*, t. II.)

Homme de 61 ans, journalier, vigoureux, d'une bonne constitution, ni présentant rien de particulier dans ses antécédents, né dans son hérédité, fut pris, il y a huit mois, de constipation opiniâtre. Au bout de peu de temps les matières qu'il rendait lui parurent couvertes d'une large couche de sang et il lui sembla que ses forces diminuaient. Mais, comme il ne souffrait pas, il n'était que médiocrement indisposé, il ne jugea pas utile de consulter un médecin.

Deux mois après il sentit sortir de son anus une petite tumeur qu'il prit pour des hémorroïdes.

Depuis, deux phénomènes :

1° Douleur cuisante, brûlante, se manifestant après les gardes-robes et ayant beaucoup d'analogie avec la douleur de la fissure anale dont elle diffère cependant par l'absence de contractions spasmodiques du sphincter ;

2° L'écoulement continu par l'anus d'un liquide muco-purulent, taché de quelques gouttes de sang, sans hémorrhagie véritable.

A part cela, le malade va à la selle sans difficulté ; les matières semblent présenter leur volume, leur consistance habituels.

A l'examen local on trouve, à la partie antérieure de la marge de l'anus, une tumeur du volume d'une noix, de coloration rosée, mamelonnée, ayant tout à fait l'aspect des épithéliomas, se continuant en dehors avec la peau du périnée, se prolongeant en dedans sur les parois antérieure et latérale du rectum.

Le doigt atteint assez difficilement la partie supérieure de la tumeur. Mais, lorsqu'il l'a atteinte, il peut l'attirer en bas et l'amener au voisinage de l'anus. Son étendue en hauteur est de cinq à six centimètres. Dans toute l'étendue, sensation de l'épithélioma ulcéré.

XXIX. — *Occlusion intestinale aiguë dans un cas de cancer latent du rectum.*

La nommée C..., 63 ans, est entrée dans le service de M. Peyrot pour obstruction intestinale datant de 10 jours et ayant débuté par des douleurs violentes.

Elle dit qu'elle s'est toujours bien portée.

La température est de 38°4.

L'examen montre le rectum vide et ne fait sentir aucun rétrécissement.

En présence de l'état grave de la malade, on se décide à une opération immédiate.

Laparotomie. — On trouve au niveau de la portion supérieure du rectum un rétrécissement très serré. Ce rétrécissement est limité par deux fils de soie placés l'un au dessus, l'autre au dessous et serrés de façon à oblitérer la lumière de l'intestin. Anus iliaque.

A l'ouverture de l'abdomen, on constate que la cavité péritonéale est remplie de gaz qui sortent au dehors ; la paroi abdominale s'affaisse, mais le gros intestin est toujours très distendu. Ces gaz ne présentent pas du tout d'odeur fécaloïde.

Mort, avec vomissements fécaloïdes.

Autopsie. — On trouve à la partie inférieure de l'S iliaque un épithélioma ulcéré. Malgré un examen minutieux, on ne peut constater de perforation intestinale pouvant expliquer le passage des gaz dans la cavité péritonéale.

Le foie présente quelques noyaux cancéreux.

Les ganglions lymphatiques ne sont pas envahis par la dégénérescence.

XXX. — *Evolution latente du cancer du rectum.* (Kirmisson).

Publiée dans la *Gazette des hôpitaux* du 12 juin 1888.

Homme de 62 ans, serrurier, d'assez bonne constitution, chez lequel, si l'on en croyait son dire, le mal a débuté il n'y a que très peu de temps.

La vérité, selon toutes probabilités, est que le début est

plus ancien, mais que cet homme ne s'en est aperçu que récemment, la maladie restant jusque-là à l'état latent.

Donc, à cette époque, il a commencé à éprouver les premières douleurs lombaires, en même temps que de la difficulté pour aller à la selle, des besoins incessants de défécation, du ténesme rectal, mais aucun écoulement de sang. Cependant jusqu'à présent l'état général est resté bon et le malade n'a pas encore beaucoup maigri.

Examen. — On ne constate rien à l'intérieur, ni tumeur, ni hémorroïdes. Le doigt introduit dans le rectum sent un point très rapproché de l'orifice anal et en arrière une plaque dure, cancéreuse, mesurant environ cinq centimètres de hauteur et très facile à circonscrire.

Ce cas serait donc favorable à une opération d'extirpation, si un toucher rectal plus profond ne décelait, un peu au-dessus de cette plaque, une tumeur très volumineuse, très saillante et effaçant le calibre de l'intestin, ces deux tumeurs sont séparées l'une de l'autre par une portion de muqueuse saine ; la seconde, la plus volumineuse, n'a pas pu être délimitée supérieurement ; en tout cas, nous savons qu'elle remonte au-dessus du cul-de-sac supérieur.

XXXI. — *Cancer du rectum, avec conservation de la santé générale.*

C..., âgé de 63 ans, charpentier, qui avait joui jusqu'alors d'une santé florissante, fut pris, il y a environ trois mois, d'une diarrhée violente. Depuis, celle-ci va persistant ; elle a même augmenté de fréquence. Le malade va à la garde-robe jusqu'à quatorze et quinze fois par jour et il ne rend que très peu de matières. Il s'écoule à peine un peu de liquide mélangé de sang depuis le mois de mars.

A part le ténesme et les épreintes, le malade n'éprouve que peu de douleur. Le 28 avril, il s'est aperçu brusquement qu'il rendait des gaz par la verge, en urinant. Les urines sont troubles et contiennent de petits grumeaux de matières fécales.

Le ventre est ballonné, l'état général est bon ; l'appétit est à peu près conservé.

Le toucher rectal démontre à 8 centimètres de l'anus l'existence d'une tumeur mousse, volumineuse, siégeant sur la paroi antérieure et s'étendant surtout du côté gauche ; elle est dure, lisse et ne présente pas de fongosités.

Pendant le séjour du malade à l'hôpital, l'issue des gaz par la verge cesse. La miction n'est plus douloureuse ; les urines sont moins sales, mais la diarrhée persiste avec des selles sanguinolentes.

L'étendue de la tumeur, sa propagation à la vessie et le peu de gêne des symptômes d'obstruction intestinale que présente le malade fait reculer devant toute opération. C..., entré le 30 avril à la salle Nélaton, en sort le 7 juin 1891.

XXXII. — Cancer du rectum sans retentissement sur la santé générale (H. Moris). Publiée dans le *Medical Times* du 10 janvier 1885, p. 46.

Femme, 50 ans, d'apparence vigoureuse et bien portante. Hémorrhagie par l'anus ; ténesme et diarrhée fréquents ; matières moulées du calibre d'un crayon. A un premier examen sous le chloroforme, on trouve sur la partie antérieure et droite du rectum une tumeur cancéreuse. Avant de commencer l'opération, tandis qu'on explorait la tumeur déjà reconnue, la malade endormie est prise de vomissements, et dans les efforts qui abaissaient son rectum, on perçut un anneau de nature probablement maligne, situé au dessus de l'épithélioma de l'anus et de la portion adjacente du rectum. La colotomie ne fut pas acceptée par la malade.

XXXIII. — *Cancer du rectum sans retentissement sur la santé générale.*

En novembre 1881, un homme distingué, dans une situation brillante, vint trouver le professeur Trélat en lui disant qu'il se considérait comme l'homme le plus heureux, s'il n'avait pas de temps en temps des vents accompagnés d'un petit écoulement sanguin et glaireux.

Je l'examinai et je découvris un petit épithélioma rectal non soupçonné, qui avait l'étendue d'une pièce de dix sous. Je proposai l'opération, elle fut acceptée. J'avais pensé à une opération simple, mais je dus enlever l'intestin dans les $\frac{3}{4}$ de son pourtour sur une hauteur de 6 à 7 centimètres.

Le malade survit huit mois à l'opération.

XXXIV. — *Cancer du rectum à évolution lente (Kirmisson).* —

Publiée dans l'*Union médicale* du 8 décembre 1888, Leçon clinique faite à l'Hôtel-Dieu par Kirmisson.

Un homme de 52 ans entre à l'Hôtel-Dieu pour des accidents remontant à quelques mois et ayant d'abord consisté en des hémorrhagies rectales peu abondantes. Celles-ci augmentèrent et il s'y joignit des douleurs qui n'ont débuté qu'il y a quelques semaines et ont décidé le malade à entrer à l'hôpital.

A l'examen, on trouve sur la partie postérieure du rectum des végétations papilliformes, mollasses, remontant plus haut que le doigt ne peut atteindre et faisant une saillie considérable dans l'intestin. Elles reposent sur une base indurée, caractéristique des tumeurs malignes. Il s'agit là d'un épithélioma ayant végété.

Au point de vue de la nature, le cancer de notre malade nous

offre peu de particularités à relever. On ne peut guère incriminer quelques petites hémorroïdes et, en somme, il n'y a jamais rien eu du côté du rectum. La santé a toujours été excellente. Cependant, il y a quinze ans, il s'est rappelé avoir souffert de douleurs rhumatismales et d'une sciatique intense.

Les symptômes ont été particulièrement insidieux et, après ses hémorrhagies, il n'a commencé à souffrir qu'il y a six semaines. Le diagnostic hémorroïdes avait été porté:

Nous avons réuni, dans ce chapitre, un certain nombre d'observations de cancer du rectum ayant débuté, avant qu'il ne fût reconnu, au moins depuis deux ans.

XXXV. LISFRANC, 1828. Femme, 26 ans. Début il y a 2 ans.

XXXVI. — Homme, 30 ans. — 4 ans.

XXXVII. — Femme, 29 ans. — 5 ans.

XXXVIII. — Homme, 72 ans. — 2 ans.

XXXIX. — Femme, 29 ans. — 3 ans.

XL. DENONVILLIERS. Début il y a 4 ans, aggravé depuis 2 mois.

XLI. MAISONNEUVE. Homme, 63 ans. Début il y a 2 ans.

XLII. — Femme, 56 ans. — 2 ans.

XLIII. VERNEUIL. Homme, 60 ans. Constipation opiniâtre depuis
fort longtemps.

XLIV. — Homme, 51 ans. Début il y a 4 ans.

XLV. — Femme, 30 ans. Début à l'âge de 14 ans. Depuis 4 ans cinq extirpations
suivies de récurrence.

XLVI. LANNELONGUE, de Bordeaux. Femme, 30 ans. Défécation
douloureuse depuis 6 ans.

XLVII. STIMSON, 1878. Tumeur de la paroi antérieure du rectum
dont les progrès ont été très lents et
dont le début remonte à au moins 2 ans.

XLVIII. BRIDDON, 1878. Femme, 36 ans. Début il y a 2 ans.

— Femme, 45 ans. — 3 ans.

XLIX. BÖCKEL, 1880. Femme, 62 ans.

Aspect général bon. Constipation depuis la ménopause. Depuis
2 ans, selles douloureuses, pertes sanguinolentes par l'anus.

L. TRÉLAT. Leçons cliniques à l'hôpital Necker, 1882.

En 1881, dit-il, je fus appelé dans le Nord auprès d'un homme
d'âge moyen, vigoureux et jouissant en apparence de tous les
attributs d'une riche santé, mais atteint d'un affreux cancer du
rectum. Depuis quelque temps il souffrait beaucoup.

LI. DELENS. *Epithélioma de la paroi antérieure du rectum.*
Ablation. Mort par péritonite.

Femme de 40 ans. Le début ne peut être précisé. Elle éprouve
depuis 2 ans des douleurs en allant à la selle et des pertes de
sang se produisent de temps en temps par l'anus.

Examen. — Epithélioma bien limité situé au dessus des
sphincters, n'ayant guère que les dimensions d'une pièce de
5 francs.

LII. PONCET, 1881.

Le malade était un médecin dont la maladie remontait à 2 ans.
Il n'avait eu que des phénomènes passagers d'obstruction. Quand
il vint voir M. Poncet il n'avait pas été à la selle depuis 32 jours.

Opération. Anus lombaire. Mort 1 an après d'hémorrhagie cérébrale.

LIII. M. BERGER.

1^o Femme de 62 ans. Souffrant depuis 18 mois de désordres de la digestion se traduisant par des évacuations plus fréquentes et de la constipation.

Entrée dans le service pour arrêt complet des matières et des gaz. Côlotomie.

LIV. — 2^o Femme de 69 ans. Souffre depuis 2 ans de constipation opiniâtre. Selles difficiles, rubannées, de la grosseur du petit doigt. avec émission de matières dures parfois sanguinolentes.

Entrée à l'hôpital pour arrêt complet des matières et des gaz. Côlotomie.

LV. *Rétrécissement cancéreux très-élevé du rectum* (In thèse Morestin).

Femme de 68 ans. Malade depuis 2 ans au moins et peu cachectique.

LVI. *Cancer du rectum* (In thèse Aubert).

Femme de 65 ans. Constipation de plus en plus opiniâtre depuis plusieurs années, entrée à l'hôpital Lourcine pour occlusion intestinale, service de M. Pozzi.

LVII. *Cancer du rectum* (In thèse Aubert).

M. X..., souffre depuis 3 ans du côté du rectum, opération de Kraske. Mort de récidence 6 mois après.

LVIII. *Cancer du rectum* ayant débuté il y a au moins 2 ans.

M. SCHWARTZ (In thèse Mosés).

LIX. *Cancer du rectum*. M. RICHELOT (*In* thèse Morestin).

Santé générale bonne. Se plaint surtout de phénomènes d'obstruction. Opération de Kraske. Mort.

LX. *Cancer du rectum*. Opération de Kraske. M. RICARD (*In* thèse Morestin). *Mort*.

Femme 64 ans, énorme, grasse. Elle souffre depuis 2 ans de son rectum et a présenté à deux reprises des accidents d'occlusion.

LXI. *Cancer du rectum*. Opération de Kraske. M. RICARD (*In* thèse Morestin).

Homme 42 ans de magnifique apparence. Mort.

LXII. *Cancer du rectum*. Opération de Kraske. M. RICARD (*In* thèse Morestin).

Femme 60 ans, robuste, paraissant plus jeune que son âge. Mort.

LXIII. *Cancer du rectum*. Opération de Kraske. M. POLAILLON (*In* thèse Morestin).

Femme 45 ans. Etat général bon. Souffre depuis longtemps de quelques troubles digestifs. Récidive 1 mois après.





TRAITEMENT DU CANCER DU RECTUM



Nous avons vu, en étudiant l'anatomie pathologique du cancer du rectum, qu'il y a trois séries de symptômes : le premier groupe, en rapport avec le cancer lui-même, se traduisant par des manifestations qui sont communes à tous les cancers ; les deux autres groupes sont en rapport avec le rétrécissement : ce sont les phénomènes d'*occlusion* et de *rectites*.

Le traitement du cancer du rectum a été basé sur cette classification et les différentes opérations qui ont été tentées sont destinées à remplir une des deux indications qui en découlent.

- 1° Il existe un cancer du rectum, il faut l'enlever ;
- 2° Il y a des phénomènes d'obstruction intestinale, il faut y remédier.

Des opérations faites en vue d'enlever un cancer du rectum.

Il est bien évident que l'idéal chirurgical serait d'extirper le cancer du rectum, puis de souder les deux bouts de l'intestin, en conservant le sphincter, et de rétablir ainsi le cours normal des matières.

Nous exposerons :

- 1° Les différentes opérations entreprises dans ce but ;
- 2° Les résultats de ces opérations.

1° Des différentes opérations entreprises dans le but d'enlever un cancer du rectum, dont nous ne pouvons donner ici qu'un court résumé.

L'*extirpation* du rectum fut pratiquée pour la première fois, en France, par Faget, en 1739, mais les résultats des différentes tentatives que l'on fit, furent peu encourageants, ce qui porta *Desault* à la proscrire.

MÉTHODE DE LISFRANC.

LISFRANC, en 1826, essaya de la remettre en honneur.

Il faisait à une distance variable de l'anús, deux incisions elliptiques qui se rejoignaient en avant et en arrière, et disséquait attentivement les parois rectales ainsi isolées, en cherchant à abaisser et à faire saillir au dehors les portions malades à l'aide d'un doigt

introduit dans le rectum et recourbé en crochet. La masse morbide était excisée aux ciseaux. Si le cancer remontait très haut, il fendait le rectum en arrière sur la ligne médiane, en dépassant les limites du mal pour se donner plus de jour. Une hémostase soignée était faite, puis la plaie était pansée avec un linge cératé et des plumasseaux de charpie. Il n'introduisait une mèche dans le rectum que lorsque la cicatrisation commençait à se faire.

VELPEAU modifia le procédé de Lisfranc. A l'aide d'aiguilles courbes il passait un certain nombre de fils au dessus de la lésion. Ces fils, introduits par le rectum, venaient ressortir à une petite distance de l'anus. Une fois la tumeur enlevée, les extrémités des fils étaient noués, ce qui avait pour résultat d'attirer le rectum en bas, et à le rapprocher de la surface de section de la peau, de telle sorte que les dimensions de la plaie se trouvaient ainsi réduites.

DENONVILLIERS, pour faire l'opération plus à l'aise, ajouta aux incisions circulaires de Lisfranc, une incision rectiligne allant de la partie postérieure de l'anus au coccyx. Ce procédé exposait à d'assez graves hémorragies qui, parfois, entraînaient la mort; ce qui conduisit les opérateurs à des procédés nouveaux.

RÉCAMIER imagina la ligature lente qui consistait à étreindre la tumeur à l'aide d'anses de fils comprenant chacune un cinquième ou un sixième de la circonférence. Procédé long et extrêmement douloureux.

CHASSAIGNAC appliqua au rectum sa méthode dite d'écrasement linéaire.

MAISONNEUVE inventa un procédé : Ligature extemporanée.

DANIEL-MOLLIÈRE a employé la ligature élastique.

VERNEUIL-TRÉLAT eurent recours à la section par l'anse galvano-caustique, en procédant exactement comme avec l'écraseur de Chassaignac.

Tous ces procédés ont un même inconvénient, qui est de laisser une vaste brèche, qui se fermera par cicatrisation et pourra amener un rétrécissement ; le plus souvent, l'incontinence des matières fécales persiste.

De nos jours, où nous disposons de moyens hémostatiques plus pratiques et de l'antisepsie, on est revenu à l'opération de Lisfranc, combinée avec la modification de Velpeau.

M. Verneuil a encore étendu le champ opératoire en conseillant d'extirper le coccyx.

MÉTHODE DE KRASKE.

Bardenhauer et Kraske sont entrés dans une nouvelle voie. Au XIV^e Congrès de chirurgie allemand, en 1885, Kraske, de Fribourg, a conseillé une nouvelle méthode pour les cancers élevés du rectum ; il faut entendre par cancers élevés, ceux situés à plus de 8 centimètres de l'anüs.

Voici son procédé : Le malade étant couché sur le dos, les cuisses fléchies sur le bassin, on fait de l'anüs à la crête sacrée, une incision qui aboutit au milieu du sacrum. Les fibres du muscle fessier du côté

gauche sont détachées et réclinées en dehors pour mettre à nu la partie gauche du sacrum. Le coccyx est enlevé ainsi qu'une portion de l'aile gauche du sacrum. La ligne qui circonscrit le fragment enlevé est courbe, à concavité externe; elle passe au-dessous du 3^e trou sacré, contourne en dedans le 4^e et vient se terminer sur la partie inférieure du bord du sacrum tout près du corps vertébral de la 5^e sacrée.

On se préoccupe fort peu des branches antérieures du 3^e nerf sacré aussi bien que des branches antérieures des 4^e, 5^e et 6^e nerfs sacrés.

Ceci fait, le malade est placé sur le dos, le bassin très élevé, les cuisses ramenées sur le ventre; le rectum est isolé avec soin, puis sectionné au-dessus et au-dessous de la masse néoplastique et après suppression de celui-ci on rétablit l'intégrité du canal; puis les deux bouts sont réunis par des points séparés ou en surjet sur toute leur circonférence.

PROCÉDÉ DE BARDENHAUER.

Ce chirurgien coupe transversalement le sacrum immédiatement au-dessous du 3^e trou sacré, ce qui donne un plus large espace pour pratiquer les différents temps de l'opération; il a pu, de cette façon, enlever des cancers très étendus, mais on détruit la 4^e paire sacrée, ce qui a des conséquences graves au point de vue des fonctions de l'appareil constricteur du rectum.

PROCÉDÉ DE SCHEDE.

Cet auteur suture au catgut le cul-de-sac péritonéal ouvert, ce que ne faisaient ni Kraske, ni Bardenhauer.

PROCÉDÉ DE HEINECKE.

Propose la résection temporaire du sacrum et du coccyx. Le néoplasme réséqué, il attire le bout supérieur dans la plaie pour le suturer à la peau, établissant ainsi un anus sacré. Tout le bout inférieur est fendu sur la ligne médiane postérieure, l'anus compris. Ultérieurement il pratique une opération complémentaire assez compliquée pour refermer la partie inférieure et établir leur continuité avec le bout supérieur.

PROCÉDÉ DE HOCHENNEG.

HOCHENNEG fait une ablation du sacrum suivant une ligne courbe qui passe immédiatement au dessous du 3^e trou sacré, franchit la ligne médiane pour aboutir au sommet du sacrum, mais du côté droit.

Cette résection a l'avantage de ne pas détruire le 4^e nerf sacré du côté droit comme celle de Bardenhauer.

Enfin, différentes modifications ont été apportées aux procédés précédents, ayant pour but comme l'opération de Lœvy (1889) :

1° De laisser intact le sphincter externe, c'est-à-dire de conserver ses faisceaux musculaires, ses insertions et ses nerfs ;

2° De garder le coccyx, point d'appui des parties molles du bassin et ne point affaiblir le releveur de l'anus.

PROCÉDÉ DE JEANNEL.

JEANNEL, de Toulouse, fait une résection temporaire du sacrum, à double volet :

1° Il fait deux incisions transversales, l'une supérieure, d'un bord sacré à l'autre au niveau du fond de la grande échancrure sciatique et une inférieure, parallèle à la première, étendue d'une corne sacrée à l'autre ;

2° Incision médiane le long de la crête sacrée, réunissant les deux incisions transversales ;

3° Dénudation prudente et mesurée des bords sacrés de façon à pouvoir loger le tranchant d'un ostéotome dans la suture sacrée correspondant au 3^e trou ;

4° Ostéotomie transversale du sacrum ;

5° Désarticulation inter-sacro-coccygienne ;

6° Ostéotomie médiane du sacrum.

La cavité pelvienne est ainsi largement ouverte, sans qu'aucun ligament sacro-iliaque ou ischiatique, ni

aucun muscle pelvi-trochantérien ou nerf ait pu être blessé.

MOULONGUET, d'Amiens (1890), propose d'invaginer le tout supérieur de haut en bas dans l'orifice sphinctérien, puis de ce fait de suturer avec grand soin le bout intestinal au pourtour avivé de l'anus.

M. Morestin, qui a expérimenté ce procédé sur des chiens, arrive aux conclusions suivantes :

« Ce procédé, difficile quand le cancer est élevé ou la résection étendue et ne donnant dans ces cas qu'une sécurité illusoire, est excellent quand le néoplasme est petit, situé un peu bas et qu'on ne supprime qu'un segment très limité de l'intestin, mais alors il vaut mieux employer la voie anale que la voie sacrée. »

PROCÉDÉ DE PERRON.

La résection du sacrum et du cancer étant faite, le bout inférieur de l'intestin est attiré par l'anus et retourné en doigt de gant, de telle façon que la muqueuse soit à l'extérieur. Dans ce cylindre, on attire le bout supérieur jusqu'à ce que la surface de section soit au même niveau que celle du bout inférieur. Il est facile de faire une bonne suture, bien régulière et bien solide. Les derniers fils posés, il semble qu'il y ait un véritable prolapsus du rectum, on réduit ensuite doucement.

PROCÉDÉ DE HOCHENNEGG MODIFIÉ.

HOCHENNEGG, à l'heure actuelle, invagine le bout supérieur dans l'inférieur, le fixe à la peau de l'anüs. Quelques jours après il coupe les sutures et le bout supérieur abandonné à lui-même remonte à la place qu'il doit occuper. Kraske s'est rangé à ce mode opératoire.

RÉFLEXIONS

Par ce long énoncé des différents procédés opératoires, l'on voit combien il est difficile de remplir les conditions que l'on se propose par l'opération de Kraske: Ablation de la totalité du cancer; Conservation des fonctions du sphincter.



DE L'ANUS ARTIFICIEL



La création d'un anus artificiel fut fait par Pillore, ne Rouen, en 1776. C'est Littre qui, en 1710, eut

l'idée de l'anus artificiel, il n'avait en vue que l'imperforation congénitale de l'anus.

COLOTOMIE LOMBAIRE. OPÉRATION D'AMUSSAT OU DE
CALLISSEN.

La colotomie lombaire, en vogue autrefois, pratiquée d'une façon constante par les Anglais est presque généralement abandonnée en France. Trélat, par exemple, après s'être montré très partisan de la méthode de Collissen s'était rallié à la méthode de Littré.

MÉTHODE DE LITTRÉ OU COLOTOMIE ILIAQUE.

Cette méthode consiste à aller ouvrir le gros intestin dans la fosse iliaque gauche.

DE LA DILATATION DANS LE CAS DE CANCER DU RECTUM.

Ce procédé est généralement abandonné, en effet, il expose aux perforations, aux ruptures et ne remplit que très peu l'indication.

DE LA RECTOTOMIE.

La rectotomie a été employée dans les cas où le cancer s'accuse surtout par des phénomènes et des accidents de rétrécissement.

GROSS (de Philadelphie) a employé sans grand succès la rectotomie interne.

M. VERNEUIL pratique la rectotomie linéaire postérieure faite à l'aide du thermo-cautère, mais ce procédé ne permet pas de remonter à une bien grande hauteur.

M. FAUCHER (Lyon) fait la rectotomie par étage, c'est-à-dire qu'il procède en plusieurs séances, remon-
tant chaque fois un peu plus haut.

Etude comparée des différentes opérations faites pour cancer du rectum.

On ne doit opérer un cancer que si toutes les parties atteintes peuvent être enlevées ! Telle est la loi générale qui régit les opérations portant sur les cancers.

Mais certaines tumeurs, suivant leur siège, déterminent des symptômes spéciaux auxquels on doit remédier.

Qu'est-ce que le rectum ?

C'est la terminaison du gros intestin, qui livre passage aux résidus des aliments pour être évacués à l'extérieur. Cette partie de l'intestin est munie d'un sphincter régi par la volonté, qui permet de retenir les matières fécales :

1° Un cancer du rectum se comporte comme un cancer de la peau, de la mamelle. Mais ce qu'il présente de remarquable, c'est une évolution assez lente, son peu de propagation aux ganglions, sa généralisation rare ; il semble évoluer, en effet, presque localement, atteignant peu par là-même la santé générale ;

2° Son influence semble être surtout mécanique. Nous avons vu que les lésions du cancer du rectum sont de deux ordres : Les unes tiennent au rétrécissement déterminé par la tumeur ; les autres tiennent au passage et au séjour des matières fécales ; elles sont mécaniques. Ce sont : la rectite chronique, l'hémorrhagie, la douleur et l'arrêt plus ou moins complet des matières fécales.

Voyons comment les différentes opérations dont nous avons fait l'historique peuvent être appréciées.

La première en date : l'opération de *Lisfranc* essaye de remplir l'indication que nous avons formulée en tête de ce chapitre.

On enlève tout le cancer et pour cela on sectionne au dessus de la tumeur le rectum dont on enlève la partie inférieure, sphincter compris.

Sur 149 faits relevés par Piéchaud (1883), il y a 46 morts et 103 guérisons ; et, parmi les 46 morts, il y en a 18 qui ont succombé à la péritonite. Sur les 103 qui ont survécu, 27 seulement ont eu une survie de 2 à 5 ans. Dans ces cas, on a bien une guérison opératoire, guérison obtenue souvent à la suite de longues et cruelles suppurations, mais a-t-on obtenu le rétablissement de la fonction ? Non. Le plus souvent, en effet, il y a une incontinence des matières fécales ; d'autres fois, il se produit un rétrécissement extrêmement serré, comme le prouve cette opération déjà très favorable de Bœckel.

OBSERVATION LXIV

Epithélioma de l'extrémité inférieure du rectum, siégeant à 10 cent. au-dessus de l'anus.

Extirpation. Récidive au bout d'un an dans la cloison recto-vaginale.

Nouvelle extirpation. Guérison constatée au bout de 4 ans. Mort de cachexie au bout de 6 ans.

Il s'agit d'une femme de 56 ans, d'aspect robuste, mère de plusieurs enfants, qui a toujours joui d'une excellente santé à en juger « d'après son embonpoint, son faciès coloré, on ne la croirait pas malade ». Elle souffre depuis un an de ténésme rectal ; constipation alternant avec une diarrhée intense accompagnée d'un écoulement muco-purulent teinté de sang.

L'examen montre une tumeur siégeant à 8 cent. du sphincter externe, ayant la forme d'un anneau épais, dur, constitué par une série de nodosités saignant assez facilement et s'étendant sur une hauteur de 2 cent.

Opération à l'anse galvano-caustique les deux fois. Il s'établit un rétrécissement malgré l'emploi de bougies rectales. En 1881, c'est à peine si le petit doigt franchissait l'anus. Constipation opiniâtre. L'épuisement fait de rapides progrès. Mort survenue en 1882, 6 ans après la première opération.

A ces faits, dit M. Potherat dans le *Traité de chirurgie*, nous pourrions répondre que tous n'ont pas cette incontinence, que, d'ailleurs, ces malades sont délivrés de leurs évacuations incessantes, de leurs douleurs souvent atroces, qu'ils se nourrissent, ont toutes les apparences de la belle santé et qu'ils se croient définitivement guéris.

Il cite ensuite une série de faits favorables, mais il est bien obligé d'avouer que ce sont des faits isolés et que la plupart des malades, après avoir échappé aux dangers immédiats de l'opération, n'ont qu'une survie courte et succombent à une récurrence rapide.

Nous voyons donc que l'extirpation, suivant la méthode de Lisfranc, ne répond qu'à une seule indica-

tion : l'ablation totale du cancer, mais qu'elle a un gros inconvénient, celui de détruire l'appareil sphinctérien.

L'opération de Kraske semble remplir ces deux indications :

Enlever le cancer ;

Laisser intact l'appareil sphinctérien.

Enlever le cancer. — Il est évident que, grâce à la résection du coccyx et d'une partie du sacrum, on s'ouvre une large voie qui permet de remonter au dessus des limites du cancer.

Laisse-t-on intact l'appareil sphinctérien? — Non, au moins dans nombre de cas, où on lèse les nerfs du sphincter et où naturellement se produit une paralysie de ce muscle.

D'autres fois, ce sont les vaisseaux qui sont sectionnés et le rectum se sphacèle.

Fréquemment, on voit persister, après de longues suppurations, un anus sacré.

Fréquemment, après la guérison, apparaissent plus ou moins rapidement des rétrécissements du rectum.

La récurrence est rapide et fréquente.

La multiplicité des procédonscules montre d'ailleurs combien chaque chirurgien a essayé de parer à ces difficultés.

Cette opération serait cependant supérieure à l'extirpation par la voie périnéale, parce qu'elle permet d'y voir mieux et d'aller bien au delà des limites du mal. Mais aussi elle est de beaucoup plus grave. Nous empruntons à l'excellente thèse de M. Morestin un

certain nombre de cas pour bien montrer ce qu'il faut penser de cette opération. Il a recueilli 48 observations, auxquelles nous pouvons en ajouter deux qui ne sont pas citées :

Morts : 19.

1. Quelques mois après, de récurrence.
2. 3 jours après.
3. 4 jours.
4. 7 jours.
5. 15 jours.
6. 4 jours.
7. 1 jour.
8. Quelques heures après.
9. 4 jours.
10. 10 jours.
11. 5 jours.
12. Le soir même.
13. 2 jours.
14. 36 heures.
15. 15 jours.
16. 3 jours.
17. 2 jours.
18. 1 jour.
19. 3 jours.

Récurrences : 14.

1. Mort 18 mois après. Persistance d'une fistule.
2. *Id.*, 2 ans 1/2.

3. *Id.*, 4 ans.
4. *Id.*, 6 mois.
5. *Id.*, 5 mois 1/2.
6. Récidive quelque temps après l'opération.
7. *Id.*, 4 mois.
8. *Id.*, 4 mois.
9. *Id.*, et mort 6 mois après.
10. Mort avec récidive quelque temps après.
11. Récidive 8 mois après.
12. *Id.*, avec fistule, 4 mois après.
13. *Id.*, et mort, 3 mois après.
14. *Id.*, au bout d'un mois.

L'anus sacré et la paralysie du sphincter externe sont constatés 9 fois.

Guérisons : 10.

1. Suites opératoires bonnes ; 20 mois après, pas de récidive.
2. Guérison opératoire ; la malade n'a pas été suivie, on ne sait donc pas s'il n'y a pas eu récidive.
3. *Idem.*
4. Le malade se trouve en bonne santé 6 mois après.
5. Guérison opératoire. Le malade n'a pas été suivi.
6. Guérison complète, constatée 2 ans après l'opération.
7. Guérison persistant 4 mois après.

8. Guérison complète.
9. En bon état 9 mois après.
10. Bon état à la sortie. La malade n'a pas été suivie.

On voit donc que, dans la plupart des cas, les malades n'ont pas été suivis, et que, par conséquent, on ne sait s'il y a eu récurrence.

AUTRES OBSERVATIONS.

1. Une observation où ne se trouve la relation que jusqu'au deuxième jour.
2. *Idem.*
3. Une observation avec généralisation.
4. Une observation avec prolapsus gênant du rectum.
5. Deux observations avec anus iliaque ayant précédé l'ablation : 1 guérison, 2 morts 18 jours après.

Le malade opéré suivant la méthode de Kraske, qui ne meurt pas immédiatement, est exposé à une série de complications qui, dans nombre de cas, amènent la mort après une lente et douloureuse agonie. Nous ne pouvons, dans ce travail, n'en donner qu'un court aperçu.

Les accidents les plus fréquemment constatés sont : la gangrène, soit du bout inférieur, soit du bout supérieur ;

La gangrène de la peau ;

Des abcès et des fistules pelviennes.

On voit encore se produire : du proapsus du rectum.

Des rétrécissements du rectum au point d'union des deux bouts mis en présence. Ce rétrécissement se constitue rapidement et évolue très vite. Au dessus du rétrécissement, il y a des lésions de rectite.

On ne peut guère citer de malades opérés de Kraske qui n'aient conservé plus ou moins longtemps une ou plusieurs fistules sacrées, dont le traitement demande de nouvelles et difficiles opérations et dont la guérison est très difficile à obtenir.

Enfin, nous avons vu que les cas de récurrence sont nombreux et, au bout de quelques mois, dans nombre de cas.

Il n'est pas commun, comme l'écrit M. Morestin, d'observer des malades qui soient demeurés guéris de leur cancer pendant un certain nombre de mois.

En Allemagne, Schlange écrivait : « Si nous pouvions suivre nos anciens opérés de Kraske, nous aurions bien des désillusions. »

Un élève de Lævy, Baron a étudié dans sa thèse les résultats éloignés de ces interventions, et il a montré combien peu ils étaient satisfaisants.

Morestin a recherché les anciens opérés de Kraske. Il n'a vu, dit-il, qu'un seul opéré parfaitement guéri, sans fistule, avec sphincter fonctionnant régulièrement. Tous les autres étaient affligés d'infirmités plus ou moins supportables :

Prolapsus du rectum ;
Anus sacré ;
Fistule sacrée ;
Rétrécissement du rectum ;
Récidive du cancer.

Nous voyons donc que cette opération de Kraske, qui devait supplanter l'extirpation du rectum, et qui semblait le mieux remplir le double but que se propose le chirurgien :

1° Enlever toute la tumeur, et même au delà de la tumeur, pour éviter la récidive ;

2° Conserver l'appareil sphinctérien n'a pas sur l'opération de Lisfranc un avantage très grand et que sa mortalité est très considérable, comparée à celle-ci.

Voici les chiffres donnés par Piechaud :

Extirpation du rectum par la méthode de Lisfranc.

Observations considérées, sans distinction de catégories.

Guérisons de l'opération	103, soit 69,13 o/o
Récidives immédiates.....	3
Résultats douteux.....	7
Morts.....	36, soit 24,16 o/o

DURÉE DE LA SURVIE.

Durant le cours de l'année.....	69
Après 2 ans.....	15
— 3 ans.....	2
— 4 ans.....	5
— 5 ans et plus.....	5
	103

L'extirpation du rectum sans adhérences a donné,
sur 110 cas :

78 guérisons, soit 64,40 o/o ;

5 résultats douteux ;

3 récurrences immédiates ;

34 morts, soit 28,81 o/o.

Le bistouri a donné 27,77 o/o de morts.

L'écraseur, 21,65 o/o.

Le galvano-cautère, 21,43 o/o.

RÉSULTATS DE LA COLOTOMIE LOMBAIRE.

Total des cas : 139.

Dans 8 cas, le résultat n'est pas indiqué.

Restent 131.

Sur ces 131 cas, 54 ont succombé avant deux
mois (88,85 o/o).

La survie a été constatée après deux mois et avant
un an 63 fois (45,32 o/o).

De 1 an à 1 an 1/2, 5 fois (3,59 o/o).

De 1 an 1/2 à 2 ans, 3 fois (2,15 o/o).

Au delà de 2 ans, 6 fois.

Il va sans dire que, dans un certain nombre de cas où la durée de la survie n'est pas indiquée d'une façon précise, les malades ont pu se bien porter un certain temps encore après la constatation de la survie.

Causes de la mort.

79 fois la mort a été indiquée d'une façon positive.

Les cas se répartissent ainsi :

Hémorrhagie cérébrale.....	1
Bronchite	2
Anasarque.....	1
Pleuro-pneumonie.....	1
Pyohémie (causée par un cathété- risme).....	1

Restent 73 cas, ainsi répartis :

Epuisement.....	27
Péritonite aiguë.....	11
Progrès du cancer	9
Cachexie	10
Généralisation	4
Hémorrhagie opératoire.....	1
Collapsus	1
Phlegmon péri-vésical	1

Abcès péri-rectal	1
Urémie (compression de l'uretère par le cancer).....	1
Récidive dans le poumon	1
Hémorrhagie rectale non opératoire.	1
Péritonite chronique.....	3
Phtisie.....	2

Circonstances qui ont amené la mort par péritonite.

Sur les 11 cas de péritonite aiguë, il y en a 4 dont les causes ne sont pas indiquées.

Dans les 7 qui restent :

Péritonite indiquée comme existant
avant l'opération..... 2

Si l'on recherche dans les 79 cas, pour lesquels la cause de la mort a été constatée, l'âge de la lésion, on trouve que dans 15 cas, l'âge n'est pas indiqué.

Restent 64 cas.

Cas dans lesquels la lésion remonte à :

Moins de 2 mois.....	0
De 2 à 4 mois.....	2
De 4 à 6 mois	5
6 mois à un an	18
A 1 an	6
1 à 2 ans.....	7
2 à 3 ans.....	13
A 3 ans et plus	13

ANUS ILIAQUE.

Nombre total des cas.....	20.
7 fois la durée de la survie n'est pas indiquée.	
Les 13 autres cas se divisent comme suit :	
Survie de moins de 2 mois.....	6
— constatée entre 2 mois et 1 an.	5
— constatée au-delà de 2 ans..	1
Les causes de la mort sont indiquées dans 7 cas :	
Cachexie	2
Péritonite	1
Epuisement.....	1
Collapsus	1
Obstruction persistante par suite de la consistance des matières	1
Péritonite antérieure à l'opération..	1

Nous voyons que dans l'anús lombaire ou iliaque, la mortalité est moindre et que, dans nombre de cas, ce n'est pas l'acte opératoire qui a entraîné la mort, mais parce que les malades étaient déjà en pleine péritonite ou dans le collapsus; que, d'autres fois, la mort est survenue à la suite de maladies indépendantes de la lésion rectale.



CONCLUSIONS

Quelle est donc, comme conclusion de cet exposé, la ligne de conduite que nous nous tracerons en présence d'un cancer du rectum ?

1° Il est évident que l'opération de Kraske, qui a pour but d'enlever toute la tumeur avec conservation du sphincter, serait la meilleure des opérations. Mais nous avons vu qu'elle n'empêche pas la récurrence de se faire aussi rapidement que par l'extirpation, que sa mortalité opératoire est grande et que très fréquemment elle ne conserve pas les fonctions du sphincter.

Aussi, croyons-nous que cette opération sur laquelle on avait fondé de grandes espérances doit être abandonnée ;

2° L'extirpation du rectum (méthode de Lisfranc) a, il est vrai, une mortalité moindre, la récurrence n'est pas plus fréquente que dans l'opération précédente ; mais elle a un défaut, c'est de ne pas conserver le sphincter, et d'entraîner l'incontinence des matières fécales, l'anus sacré ;

3° Reste l'anus iliaque qui est plus facile que l'anus lombaire et qui, par suite, est adopté par la majorité des opérateurs.

L'anus artificiel remplit les conditions suivantes sur lesquelles nous avons insisté :

1° Il supprime l'obstruction intestinale ;

2° Il empêche les matières fécales de venir irriter

l'épithélium intestinal et, par suite, il fait disparaître les douleurs, épreintes et ténésme, et rend plus lente l'évolution du cancer ;

3° Le malade, porteur d'un anus iliaque, peut avoir des soins de propreté, plus facilement que celui qui a un anus sacré. De plus, à la suite d'extirpation, soit par la méthode de Lisfranc ou de Kraske, s'il y a récurrence, les matières fécales viennent d'une façon continue irriter le cancer et aggraver les douleurs.

Il est une seule des indications qu'il ne remplit pas. Il n'est, en effet, qu'une opération palliative, il ne supprime pas le cancer. Mais, du moins, il fait que l'évolution en est moins rapide ; il empêche les occlusions intestinales aiguës, l'absorption des produits putrides de la digestion ; en un mot, il met obstacle à la stercorémie.

Nous avons vu, par les diverses observations que nous avons recueillies, que le cancer du rectum a souvent une évolution en quelque sorte latente et que l'occlusion ou la rétention plus ou moins longue et répétée des matières fécales, en sont les seuls symptômes ; que les malades atteints de lésions avancées du rectum ont souvent l'apparence d'une bonne santé ; que la généralisation en est rare et que presque toujours il évolue en quelque sorte sur place, envahissant peu à peu les organes voisins.

Aussi, formulerons-nous les propositions suivantes :

1° Respecter les cancers qui ne causent pas d'accidents ;

2° Pratiquer l'anus iliaque dès qu'apparaissent les

symptômes : douleurs, occlusion même peu prononcée, et ne pas attendre que le malade, de par la douleur et l'absorption de matières putrides, soit devenu cachectique, pour faire l'opération ;

3° Si le cancer est bien limité, on peut combiner les deux opérations :

- a) Faire d'abord l'anus iliaque ;
- b) Puis enlever le cancer.

L'anus iliaque, fait préventivement, mettra à l'abri des suppurations, des eschares, des fistules.

En un mot, nous pensons que quand l'extirpation est possible, le mieux est de revenir à l'opération de Littré, qui sera suivie de l'opération de Lisfranc. Le malade, il est vrai, sera condamné à avoir, pendant le reste de sa vie, un anus iliaque ; mais on l'aura mis à l'abri des accidents, souvent mortels, que comportent les autres opérations et, de plus, on aura fait tout ce que peut faire la chirurgie contre le cancer, c'est-à-dire son ablation totale.

Mieux vaut vivre avec une infirmité que de mourir d'une opération soi-disant radicale et qui, dans la plupart des cas, laisse après elle une infirmité au moins aussi désagréable que celle donnée par l'opération palliative à laquelle nous nous rangeons : *l'anus iliaque.*





CONCLUSIONS GÉNÉRALES



Nous concluons donc :

1° Dans le cas de cancer du gros intestin :

Si l'état du malade n'est pas critique, le procédé de choix est l'*entéro-anastomose* ;

Si l'état du malade est grave, si l'opération doit être immédiate,

Il faudra avoir recours à l'*entérotomie* ;

2° Dans le cas de cancer du rectum :

L'opération de Kraske et celle de Lisfranc doivent être rejetées, comme ne remplissant pas les indications auxquelles elles devraient répondre.

L'anus iliaque est l'opération de choix,





BIBLIOGRAPHIE

- Moissenet*. — Société anatomique, 1837.
Gogué. — Société anatomique, 1844.
Lacaze-Duthiers. — Société anatomique, 1847.
Peyrot. — De l'intervention chirurgicale dans les obstructions de l'intestin (Th. d'agrég., Paris, 1880).
— Pathologie externe.
Bouilly. — Revue de chirurgie, 1881.
Berne et Bellier. — Société anatomique, 1881.
Hausmann. — Contribution à l'histoire du cancer du rectum. (Th. Paris, 1882).
Piechaud. — Traitement du cancer du rectum (Th. d'agrég., Paris, 1883).
H. Morris. — Medical Times, 16 janvier 1885.
Chevalier. — Société anatomique, 1887.
Kirmisson. — Gazette des hôpitaux, 12 juin 1888.
— Union médicale, 6 décembre 1888.
Wahl. — Saint-Petersbourg medicinische Wochenschrift, 1889.
Abbe. — Medical News, 1^{er} juin 1889.
Willy-Meyer. — New-York medical record, 24 nov. 1889.
Macaigne. — Société anatomique, 1890.

- Aubert.* — Traitement des cancers du rectum par la méthode dite de Kraske. Th. Paris, 1890.
Chaput. — Archives générales de médecine, 1891.
Chavane. — Société anatomique, 1891.
Adamski. — De la colotomie iliaque dans le traitement du cancer du rectum. Th. Paris, 1891.
Verrié. — Du cancer du rectum à évolution latente. Th. Paris, 1892.
Boiffin. — Revue de chirurgie, 1893.
Morestin. — Des opérations qui se pratiquent par la voie sacrée. Th. Paris, 1894.
Rotherat. — Traité de chirurgie, t. VII.
Tillaux. — Chirurgie clinique.
Trélat. — Cliniques chirurgicales, t. II.

Vu : par le Président.
TILLAUX.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
GREARD.

